ROK II. STYCZEŃ—LUTY, MARZEC—KWIECIEŃ Nr. 1—2.

Dwumiesięcznik Stomatologiczny

Redaktor Naczelny: p. o. Lek. dent. STEFAN KRÜGER

Wydawca: Zrzeszenie Absolwentów P. I. D. uprawniony przedstaw. Lek. dent. STEFAN KRÜGER.

Redaktor odpowiedzialny za Dział Naukowy: p. o. Lek. dent. CELINA FINKELKRAUT — FRANKENBERG.

TREŚĆ:

Członkowie Zrzeszenia Absolwentów P. I. D. otrzymują pismo bezpłatnie.

Prenumerata roczna Zł. 6.

Redakcja i Administracja: Warszawa, Bielańska 9 m. 70. Tel. 602-11. Konto P. K. O. 9931.

SPIS RZECZY,

ZAWARTYCH W II ROCZNIKU „DWUMIESIĘCZNIKA STOMATOLOGICZNEGO" ZA ROK 1936.

I. Prace oryginalne.

II. Higiena jamy ustnej.

III. Zjazdy.

IV. Dział streszczeń.

V. Różne.

POLSKA DRUKARNIA NAKŁADOWA sp. z o. o. W-wa, Senatorska 17, tel. 251-58

ROK II. STYCZEŃ—LUTY, MARZEC—KWIECIEŃ Nr. 1—2.

DWUMIESIĘCZNIK STOMATOLOGICZNY

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademji Stomatologicznej.
(Kierownik Doc. Dr. KONRAD SZEPELSKI).

Doc. Dr. KONRAD SZEPELSKI. *Warszawa.*

Srebro koloidalne w zachowawczem zębolecznictwie.

Referat wygłoszony na VII Polskim Zjeździe Stomatologicznym 1—3 listopada 35 r.

(Dokończenie).

Ponieważ połączenia srebra koloidalnego z rtęcią do celów wypełnień niedały narazie wyników dodatnich, należy się ograniczyć do stosowania srebra koloidalnego tylko:

1-o jako rozczyn zakładany na sączku w leczeniu zapaleń ozębnej;
2-o jako dodatek do past lub cementów przy wypełnianiu przewodów.

Do doświadczeń w tym kierunku używałem krajowych preparatów srebra koloidalnego, a mianowicie: Argocol-Klawe oraz Corgol Motoru.

1-o. Przy leczeniu zapaleń ozębnej zastosowanie srebra koloidalnego miało nietylko na celu wywołanie zbliznowacenia tkanki ziarninowej w okolicy przyszczytowej, ale też i dezynfekcję przewodu i jego okolicy przyszczytowej. Aby sprawdzić możliwości dezynfekcyjne koloidalnego srebra, było ono dodane do pożywek, które były potem zakażone sączkami wydobytemi z przewodów chorych zębów.

Te pożywki, które miały dodatek srebra koloidalnego, nie uległy zakażeniu, natomiast na tych podłożach, gdzie srebra koloidalnego nie było, stwierdzono liczne kolonje bakterji, które pod mikroskopem zostały rozpoznane, jako paciorkowce oraz drożdże.

Srebro koloidalne stosowane było na sączkach w 1% rozczynie, jako jeden ze środków do leczenia zapaleń ozębnej tam, gdzie metoda formalinowo-thymolowa, stosowana wyłącznie, nie dawała rezultatu. Sączki z 1% thymolu po 3 — 4 zmianach, o ile wyleczenie nie następowało, były zamieniane na 1% rozczyn koloidalnego srebra. Inne przypadki były wyłącznie leczone koloidalnem srebrem tak, że thymol był wyeliminowany zupełnie.

Wyniki dodatnie sięgają 85% i bardzo często zmiana thymolu

na srebro koloidalne w wyjątkowo uporczywych przypadkach dawało dobre rezultaty.

2-o. Wobec wyników terapji srebrem koloidalnem i wobec tego, że Szkoła Wiedeńska używa Arg. praecipitatum jako jeden z dodatków do cementu przy wypełnianiu przewodów, postanowiłem zastąpić arg. praecipitatum zagranicznego pochodzenia przez krajowe preparaty srebra koloidalnego.

Stosowałem je w połączeniu z cementem według następującej recepty:

Corgoli - Motor vel
Argocol - Klawe
Cementi „Borylit“ aa 20.0
Mfpulv.

Do tych proszków dodajemy płynu przeznaczonego do cementu i przygotowujemy w ten sposób półpłynny cement, którym wypełniamy przewód.

Jeżeli używamy past, to w każdej z używanych past można środki dezynfekcyjne (formalinę, thymol i t. p.) zastąpić przez srebro koloidalne (z wyjątkiem past amputacyjnych).

Wyniki tych doświadczeń też były bardzo dobre i nie dawały komplikacji ze strony ozębnej tego rodzaju, aby je należało odrzucić: to znaczy, że po rezekcjach, przy których przewody były wypełnione krajowym cementem z krajowymi preparatami koloidalnego srebra, nie obserwowano reakcji ze strony ozębnej, którą by trzeba było zaliczać na karb wprowadzonego srebra. O ile były stosowane pasty ze srebrem koloidalnem, to ilość przypadków, po których trzeba było rozplombowywać przewody, nie była większą niż przy użyciu past bez srebra, przeciwnie, można zauważyć, że ilość takich przypadków była nawet procentowo nieco mniejszą. Dodatek srebra koloidalnego czy to do cementu, czy do past, nie powodował zmiany zabarwienia zębów, a więc wytrzymał próbę i ze względów kosmetycznych.

Reasumując powyższe, należy przyjść do wniosków następujących:

1-o. Krajowy cement „Borylit“ łączy się z krajowymi preparatami koloidalnego srebra bardzo dobrze.
2-o. Krajowe preparaty srebra koloidalnego nadają się w zupełności do użytku w leczeniu ozębnej, co uniezależnia nas od rynków zagranicznych na wypadek wojny.
3-o. Pomiędzy krajowymi preparatami srebra Corgol Motor, Argon i Novargon - Klawe w ich działaniu nie zauważyłem dotychczas żadnej różnicy tak, że mogą one wzajemnie się zastępować.
4-o. Jako środek „leczący“ ozębną wystarcza już 1% rozczyn srebra koloidalnego.
5-o. Do wypełnień można używać koloidalne srebro i cement Borylit w równych częściach.

6-o. W pastach srebro koloidalne może być stosowane w tej samej ilości co inne środki dezynfekcyjne.

7-o. Srebro koloidalne nie barwi tkanek zęba.

8-o. Srebro koloidalne w 1% rozczynie, a także jako dodatek do cementów w wyższej koncentracji, nie wywołuje podrażnienia ozębnej.

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademji Stomatologicznej w Warszawie.
(Kierownik: Doc. Dr. KONRAD SZEPELSKI).

Lek.-dent. J. GABRYSIAK - WAGNEROWA. *Warszawa.*
St. asystent Kliniki Dent. Zachowawczej A. S.

Kliniczne znaczenie defektów szkliwia w stomatologji.

W związku z powyższym tytułem poruszać będziemy defekty szkliwia:

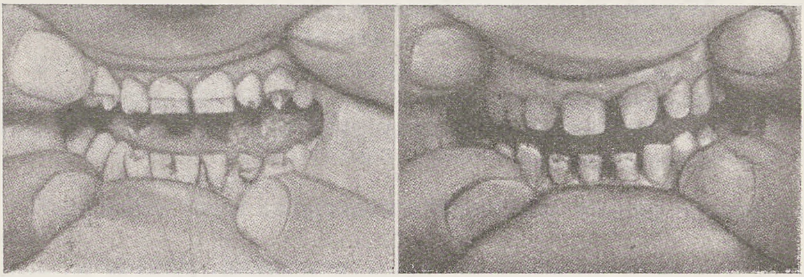
1) nadżerki wrodzone (erozje)
2) nadżerki nabyte (abrazje)
3) zęby Hutchinsona
4) szkliwie plamiste.

Wymienione defekty szkliwia mogą powstawać naskutek zaburzeń w rozwoju zębów, które to zaburzenia są spowodowane schorzeniami ustroju. Wynikiem ich będzie zmniejszona zdolność odkładania wapnia i zmniejszone jego przyswajanie.

Obserwacje dotychczasowe pozwalają nam przypuszczać, że przyczyny tych zaburzeń należy doszukiwać się w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu.

N a d ż e r k a w r o d z o n a według K e l l s'a oznacza stopniowe rozpadanie się szkliwia, bez próchnicy w mniej lub więcej wyraźnie określonych miejscach. Nadżerki wrodzone są całkowicie patologicznym procesem, umiejscowione na wargowych i policzkowych powierzchniach, czasem na powierzchniach zetknięcia się zębów, a b. rzadko na językowych. K e l l s w swojej praktyce widział tylko jeden przypadek nadżerki wrodzonej rozszerzający się na językowej powierzchni górnych siekaczy.

Nadżerki takie przedstawiają się w formie zagłębień rozproszonych, lub też zagłębień leżących w jednym lub dwuch rzędach, poczynając od brzegu siecznego. Czasami te zagłębienia, łącząc się, przyjmują formę rowków o różnym rysunku. Zdarza się, że szkliwie przy brzegu siecznym stanowi cienką warstwę, nad którą formuje się gruba warstwa szkliwia w formie wałka — przyczem koniec zęba wygląda



Rys. 1. Nadżerki wrodzone. (Pflüger Z. f. Stom. 1933—10).

jakby ścięty. Przybieranie przez nadżerki wr. tak szczególnych i różnorodnych kształtów według K e l l s'a, tłumaczy się tem, że ząb nie jest całkowicie jednolity i niektóre części jego budowy są więcej rozpuszczalne w kwaśnych wydzielinach, aniżeli inne. B i r d określa nadżerki wr. jako zniszczenie chemiczne tej części zęba, która nie jest dotknięta przez okluzalne zniszczenie. B l a c k wskazuje, że istnieje więcej niż dwanaście wyraźnych i odrębnych typów nadżerek wr., co w przybliżeniu odpowiada liczbie teorji dotyczących etjologji. Ogólnie spostrzeżono, że nadżerki pojawiają się w średnim wieku, chociaż mogą zdarzyć się i u młodych ludzi. W wielu przypadkach proces nadżerki wr. bywa zatrzymany bez znanej przyczyny i nie posuwa się dalej. M o n s o n w teorji swojej dotyczącej etjologji nadżerek wr. uważa, że różne wpływy djetetyczne wywołują zaburzenia w przemianie materji i, że upośledzone żucie i połykanie zmienia składniki chemiczne każdego gruczołu. Dowodem, że chemiczna zmiana ma miejsce, jest fakt, że następuje rozkład śliny.

Przypadki nadżerek, które B i r d miał pod obserwacją, przedstawiały wszystkie zniszczenie powierzchni zwarcia zębów, deformację i zgryz nieprawidłowy. Naprawienie tych warunków wraz z zastosowaniem odpowiedniej djety, będzie właściwą metodą leczenia. K e l l s natomiast sądzi, że jeżeli nadżerki są spowodowane przez kwas rozpuszczający szkliwie, który jest wydzielany przez gruczoły śluzowe, należy wynaleźć taki środek, któryby, działając per os zmienił odczyn wydzieliny tych gruczołów. Nadżerki w wielu przypadkach zaobserwowanych klinicznie w swych zagłębieniach, stwarzają warunki pomyślne dla rozwoju próchnicy. Często daje się zauważyć w tych miejscach brak szkliwia i rozmiękczoną próchnicową zębinę, szczególnie w zębach przednich górnych i dolnych oraz w pierwszych trzonowcach. Zęby dotknięte przez nadżerki często są zmniejszone w swoich wymiarach, a pierwsze trzonowce mają charakterystyczne wyciągnięte guzki, w zębach tych komora miazgowa jest wysoko położona.

N a d ż e r k i n a b y t e. Zęby mają określoną funkcję do spełnienia, jako część integralna całego mechanizmu ludzkiego i jako takie podlegają tymże samym fizjologicznym i patologicznym wpły-

wom, jak każdy inny narząd . Nadżerki nabyte lub zużywanie się żującej powierzchni zachodzi nawet wówczas, kiedy niema zmian patologicznych w zębach, natomiast może ono wytwarzać patologiczne zmiany w tkankach otaczających. Zużywanie się zębów pojawia się, od czasu wyrznięcia się ich jako funkcjonujących jednostek. Badanie powierzchni zetknięcia się w zębach mlecznych, przed ich wypadnięciem wykazuje w znacznym stopniu nadżerki nabyte. To dowodzi, że nadżerki te są normalnym fizjologicznym procesem spowodowanym przez działanie trące, zużycie przeciwstawnych zębów, lub przez opór pokarmów. Niema sposobu, któryby mógł temu zapobiec. Spłaszczone powierzchnie zwarcia stają się widoczne w średnim wieku. Stopniowa utrata tych powierzchni z przyczyn mechanicznych lub nadżerek jest widoczna wtedy, kiedy następujące czynniki mają miejsce.

1) Z dwuch typów budowy szkliwia, luźne i proste słupki łatwiej się łamią i ścierają aniżeli słupki węzłowate.

2) Ząb o płytkiem wgłębieniu posiada mniejszą powierzchnię zamykającą, aniżeli o głębokiem wgłębieniu. (Działanie nadżerek nabytych w pierwszym wypadku jest większe i bliższe linji poziomej, zawdzięczając dużej przestrzeni ruchu przy żuciu. Działanie to w wypadku drugim jest pionowe i ograniczone, a tem samem zniszczenie jest mniejsze).

3) Wadliwy lub zatrzymany rozwój szkliwia spowodowany przez choroby w dzieciństwie.

4) Innym b. ważnym czynnikiem jest wadliwe przywracanie do stanu normalnej budowy powierzchni zwarcia zębów, przy której pozostaje mało wystających zębów, aby znosić ucisk zgryzowy. (Zęby są wkrótce zniszczone lub wypchnięte z łuku).

5) Nadmierne zniszczenie daje się zauważyć w okolicy tylnego trzonowca we wszystkich przypadkach otwartego zgryzu.

6) W przypadkach głębokiego zgryzu przednie zęby dźwigają więcej, aniżeli wymaga ich funkcja i dlatego przedstawiają b. zniszczone powierzchnie. (W tym wypadku nadżerki nabyte spowodowane są, przez nacieranie na siebie zębów, mniej zaś przez rozdrabnianie pokarmów.

7) Nadmierne nadżerki nabyte często dają się zauważyć w tym przypadku, kiedy wypadnięcie kilku tylnych zębów przerzuca siłę żucia na te, które pozostały.

8) Najbardziej złośliwą formę nadżerek przedstawia ta, która nie pozwala na zastosowanie mostów. (Zniszczone zęby, któreby mogły służyć za filary do mostów).

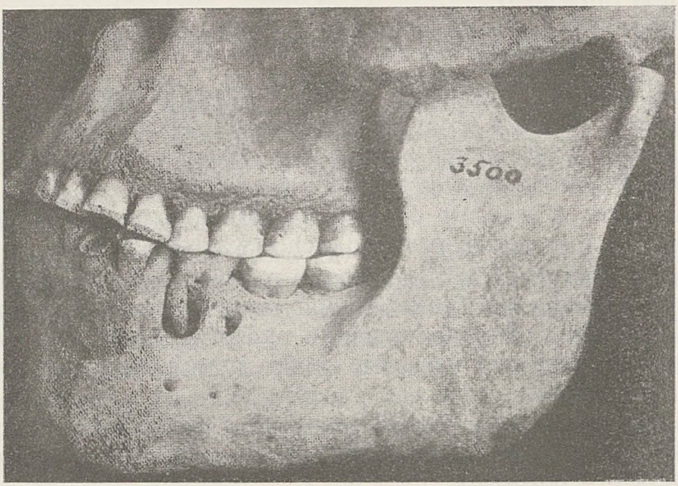
We wszystkich wymienionych przypadkach nadżerki nabyte będą spotęgowane przez żucie tytoniu i twardego chleba.

Według B i r d'a powierzchnia zwarcia zębów, jest pod kątem do długich osi zęba, po przedłużeniu których, osie te spotkają się w jednym punkcie, co jest dowodem przemawiającym za zamknięciem sfe-

rycznem. Idealna taka budowa, daje warunek doskonałej równowagi we wszystkich punktach żucia, a przez to samo otrzymujemy zdrową jamę ustną. Zasadą ogólną przy leczeniu nadżerek nabytych będzie odnowa i odbudowa, przyczem przez odnowę rozumiemy leczenie poszczególnych zębów zapomocą wypełnień, przez odbudowę rozumiemy takie leczenie, przy którem całe uzębienie jest traktowane jako jedna całość, a więc przystępując do odbudowy, należałoby najpierw skontrolować całe uzębienie, a następnie przywrócić mu jego właściwą formę zetknięcia się zębów. Żucie wytwarza nadżerki nabyte w średnim wieku, kiedy człowiek osiąga okres najwyższej fizycznej odporności, wówczas wystające zęby zaczynają wykazywać znaczne zniszczenie, ucisk na tkanki wzrasta. Im bardziej płaska jest powierzchnia tych zębów, tym większy ucisk. Z wiekiem opór zęba słabnie i nadżerki spowodowane mechanicznym urazem wytwarzają zębinę łatwo ulegającą próchnicy.

Często przy zużywaniu się zębów, spotykamy zgorzel, lub ropne zapalenie miazgi, przy dość cienkiej warstwie zębiny, oraz komorę zębową obniżoną, naskutek odkładania się wtórnej zębiny.

Uraz mechaniczny częściej daje się zauważyć na przednich zębach, aniżeli w okolicy trzonowców. Jeżeli zęby są w dużym stopniu

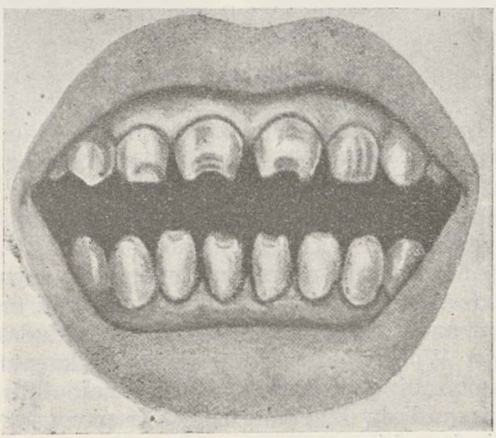


Rys. 2. Nadżerki nabyte. (The Dental Cosmos 1929. Nr. 9).

starte i niema bezpośredniej przyczyny tego objawu, można przypuszczać, że mamy do czynienia z fizjologiczną regeneracją zębów. Jeżeli zęby zużywają się równo, zawsze utrzymując okluzalny ucisk na swych długich osiach, warunki zmian w koło nich nie są tak widoczne. Policzkowe ostre krawędzie dolnych tylnych zębów i językowe ostre krawędzie górnych otrzymują dwukrotnie ciężar językowych ostrych kra-

wędzi dolnych i policzkowe ostre krawędzie górnych, co dowodzi, że nadżerki nabyte mają swą przyczynę w złem zrównoważeniu, lub nie funkcjonowaniu strony, a nie jest tego przyczyną jedynie rozdrabnianie pokarmów. Kiedy ostre krawędzie znikają w miejscach wyżej wymienionych, ucisk zwarcia (okluzalny) nie jest już dłużej równoległy do długiej osi zęba, lecz jest poza właściwym kierunkiem, proces w tych zębach posuwa się nadal. Nawiązując do poprzedniego, zęby nachylają się w stronę języka, zwężają łuki, tłoczą się na siebie i w konsekwencji ześlizgują się z punktów stycznych w przednich zębach, wyrzucając górne i dolne przednie z łuku. Powierzchnia zwarcia się zębów będzie przywrócona do równowagi, gdy podzielimy ucisk proporcjonalnie na przedtrzonowce i trzonowce. Wadliwy zgryz nie jest jedyną przyczyną choroby jamy ustnej, czasami słabszy opór zęba, może być spowodowany przez organiczne zaburzenia wytwarzane przez niewłaściwą djetę powodującą wadliwą asymilację i eliminację wapnia. Czasem obserwuje się wyraźne wypadki złego zamknięcia w zdrowych tkankach otaczających, widocznie naturze udaje się wybudować dodatkową podporę dla zwiększonego ucisku. W tym wypadku mamy do czynienia z właściwą djetą przy doskonałej przemianie materji. Musimy ustalić normalną funkcję, albo równowagę zębów w nich samych i w przylegających tkankach, oznacza to prawidłowy stosunek między dolną a górną szczęką we wszystkich jej zakresach, a tem samem zachowa się równowaga działających sił.

Zęby Hutchinsona. Obecnie przez określenie zęby Hutchinsona rozumiemy (Hans Reese) górne środkowe siekacze z półksiężycowem wcięciem sięgającem czasem do połowy korony, zmniejszenie w długości i szerokości tych zębów i poziome żło-



Rys. 3. Zęby Hutchinsona w górnej i dolnej szczęce (Misch Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin u. Zahnheilkunde 1923).

bienie. Zaburzenia te pojawiają się w rozwojowym stadjum stałych siekaczy. Siekacze wyrzynają się bez wymienionego wcięcia, dopiero po pewnym czasie szkliwie zanika i zębina odsłania się. Oprócz charakterystycznych cech dla zębów Hutchinsona spostrzeżono: opóźnione pierwsze wyrzynanie się zębów, niedostateczny rozwój szkliwia, rdzawego koloru, zaostrzenie brzegu siecznego, zbyt szeroko rozstawione zęby, dalej zmiany pierwszego stałego trzonowca wraz z ubocznemi wystającemi guzkami, lub ze stożkowato wystającym guzkiem Carabellego. Cała żująca powierzchnia jest chropowata, żółta ograniczona dwoma lub trzema niedostatecznie rozwiniętemi guzkami, na koronie o zmniejszonych kulistych wymiarach. Jestto tak zwany ząb Fourniera lub Moona. Obecne badania prowadzą do konkluzji, że wiele hypoplastycznych zmian pierwszego stałego trzonowca nie są oznaką wrodzonej kiły, lecz są wynikiem niedostatecznego zwapnienia. Niedorozwój pierwszego stałego trzonowca natychmiast po wyrznięciu charakterystyczny jest dla wrodzonej kiły. Langer i Wassmund twierdzą, że przy wrodzonej kile wyrostek zębodołowy staje się wklęsły, spowodowany brakiem pełnego rozwoju tej części kości. Ten pierwotny niedorozwój górnej kości międzyszczękowej powoduje wtórne zmiany, które prowadzą do zdeformowania w górnych środkowych siekaczach. To nam wyjaśnia genezę symetrji zębów Hutchinsona. Lintz twierdzi, że przyczyną tego niedorozwoju są gruczoły węwnętrznego wydzielania. Jest wiadomem, że gruczoły te w wysokim stopniu wpływają na rozwój kośca i że zarazek kiły może i atakuje te gruczoły.

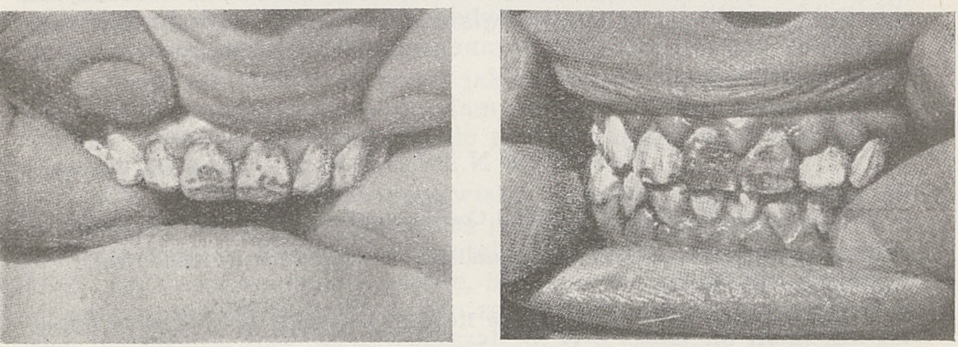
Zęby Hutchinsona pojawiają się przy wtórnym wyrzynaniu się zębów, lub około 7 roku życia, w okresie kiedy grasica zaczyna cofać się, a tarczyca rozwijać wtedy, kiedy gruczoł tarczycy jest najbardziej wrażliwy na zarazek kiły.

Zmiany w zębach opisane przez Hutchinsona i Fourniera, a więc spostrzegane wyłącznie tylko w środkowych siekaczach i w pierwszym trzonowcu tłomaczą się tem, że zwapnienie szkliwia w nich następuje podczas pierwszych kilku miesięcy życia i wyrzynają się w wieku lat 6, pozostałe zaś zęby unikają tego, ponieważ formowanie się szkliwia następuje w nich po 4 roku życia i wyrzynanie ma miejsca około 14 roku. Przeciwkiłowe leczenie nie daje pożądanych wyników przy zębach Hutchinsona lub Fourniera, gdyż zęby nigdy nie ulegają procesom regeneracyjnym. Jedynie energiczne leczenie matki w czasie pierwszych tygodni ciąży, może zapobiec w tych przypadkach nieprawidłowemu układaniu się warstw szkliwia i zębiny. W wyżłobieniu poziomem siekaczy spotykamy często próchnicową zębinę, przyczem obserwacje kliniczne wykazują w większości przypadków starcie guzków w pierwszych trzonowcach, a zatem odsłonięcie zębiny, która szybko ulega próchnicy. Przewody tych zębów są krótkie, a leczenie ich wymaga dużej staranności i jest przewlekłe.

Plamiste szkliwie. W Kalifornji w okręgu

I d a h o i B e n t o n poczyniono następujące spostrzeżenia: mianowicie zauważono, że większość osobników wychowanych od dzieciństwa w tych miejscowościach wykazało plamiste szkliwie. Termin „plamiste szkliwie“ jest podany przez B l a c k a spowodu umieszczenia się tych ciemno - brunatnych, a nawet prawie czarnych plam na najwięcej widocznych powierzchniach górnych siekaczy i przedtrzonowców.

Po dłuższych badaniach i obserwacjach ustalono z całą pewnością, że przyczyna leży w spożyciu wody o wybitnem charakterze alkalicznym, której źródła znajdują się w skałach wulkanicznych. Następnie spotykano plamiste szkliwie u dzieci do lat siedmiu, to jest przed okresem zwapnienia szkliwia. Spostrzeżenie powyższe zostało potwierdzone przez to, że dzieci, które do danej miejscowości przybywały w wieku powyżej siedmiu lat, miały szkliwie normalne. Zmiany powstają jedynie w okresie tworzenia się szkliwia w zębach stałych. Oprócz plam brunatnych zauważono w wyrzynających się zębach ubytki i ostro zakończone brzegi sieczne. Wspomniane ubytki, któreby można nazwać wyżarciem (korrozją), wywołują w dużem stopniu podrażnienie dziąsła, skutkiem wielkiej chropowatości szkliwia przy szyjce zębów. Po dokładnem zbadaniu plamistego szkliwia, okazało się, że



Rys. 4. Plamiste szkliwie. (The Dental Cosmos 1929 — 8).

główny defekt według teorji W i l‘a polega na uszkodzeniu budowy słupków i że brak jest substancji spajającej między słupkami, a obecność ciemnych plam jest sprawą wtórną. Ciekawem jest, że zewnętrzne warstwy szkliwia są najwięcej uszkodzone, natomiast głębsze bliższe granicy szkliwia z zębiną są zupełnie normalne w budowie. Odnośnie stosunku ciemnych plam do plamistego szkliwia jest widoczne, że o ile szkliwie nie było uszkodzone w budowie przesiąkania jakiegokolwiek materjału jest niemożliwe. To dowodzi, że normalne szkliwie, takie jak u osób nie pochodzących z okręgu (plamistego szkliwia) nie jest nigdy zabarwione, naskutek używania tej samej wody, która ma związek z wytwarzaniem plam szkliwia u osób pochodzących z tego okręgu.

Ząb o plamistem szkliwiu wzięty z okręgu endemicznego Idaho poddano analizie w celu wykrycia przyczyny zabarwienia. Analiza polegała na rozmiękczeniu zabarwionej części szkliwia w kwasie solnym, na zeskrobaniu plam i na badaniu tych zeskrobanych części. Plama okazała się manganem. Analiza wody wykazała mangan, ale w tak małej ilości, że trudno go brać pod uwagę. Odnośnie zabarwienia „plamistego szkliwia“ zachodzi więc możliwość, że mangan został pobrany zupełnie z innego źródła. Mangan możliwy jest tylko w szkliwiu wtedy, kiedy ono jest uszkodzone w budowie. Eksperymenty dokonane na psie przez wstrzykiwanie do wewnątrz manganu wykazały, że zabarwienie szkliwia następowało tylko w czasie formowania się szkliwia. Williams w swych ostatnich badaniach dowiódł, że obserwowane pod mikroskopem plamiste szkliwie jest identyczne z wyglądem początkowej próchnicy. Plamiste szkliwie mimo swego wadliwego zwapnienia nie jest więcej podatne na próchnicę, aniżeli szkliwie normalne. Dr. Black stwierdził w okręgach endemicznych, że wypadek próchnicy w plamistem szkliwiu nie był częstszy, niżeli w normalnem, to samo stwierdzili i inni uczeni.

Badania, które są obecnie dokonywane, skierowane są ku zmianie lub polepszeniu budowy szkliwia przez przemianę materji opartą na jaknajracjonalniejszem odżywianiu, dzięki któremu dobroczynne składniki, możliwie wapienne, byłyby dawane szkliwiu, nawet wówczas kiedy ono jest już uformowane, wzmagając przez to jego odporność na próchnicę.

PIŚMIENNICTWO.

E. Kells. Dental Erosion. (The Dental Cosmos, 1925, Nr. 6).

F. Kay. Mottled Enamel: a Fundamental Problem in Dentistry. (The Dental Cosmos, 1925, Nr. 9).

— The Establishment of a Definite Relation between Enamel that is Defective in Its Structure, as Mottled Enamel, and the Liability to Decay. (The Dental Cosmos, 1929, Nr. 8).

— Mottled Enamel. (The Dental Cosmos, 1927, Nr. 7).

K. Bird. Erosion and Abrasion of Natural Teeth: The Remedy or Correction of These Conditions. (The Dental Cosmos, 1931, Nr. 12).

W. Lintz. The Teeth and the Internal Secretory Glands. (The Dental Cosmos, 1926, Nr. 10).

H. Reese. The Clinical Significance of Dental Abnormalities in Neurology. (The Dental Cosmos, 1928, Nr. 11).

Z Kliniki Chirurgji Stomatologicznej Akademji Stomatologicznej w Warszawie.
(Kierownik Kliniki Prof. Dr. ALFRED MEISSNER).

Lek.-dent. MARJA SZANIAWSKA. *Warszawa.*
St. Asystent Kliniki Chir. Stom. A. S.

Próbny wycinek a postępowanie chirurgiczne w jamie ustnej.

Leczenie chirurgiczne, a więc przy pomocy zabiegów chirurgicznych, zajmuje wśród wszystkich metod postępowania leczniczego procent o dużej sile ciężkości.

W momentach, kiedy należy przystąpić do natychmiastowego postępowania chirurgicznego, przeważnie wskazania są tak uchwytne (sprawy ostre ropne zapalne), że nawet bez wykorzystania wszystkich znanych nam sposobów badań, możemy ustalić konieczność zabiegu chirurgicznego.

Nie o tych jednak sprawach chorobowych i metodach badań w tych przypadkach mówić będę, lecz zajmę się tu głównie sprawami nowotworowemi i rolą, jaką w tych schorzeniach ma wzięcie próbnego wycinka z tkanki dotkniętej zmianami chorobowemi, dla ustalenia djagnozy i postępowania leczniczego.

Nigdy nie należy zaniechać jakichkolwiek znanych nam metod badania, bo często te, które uważamy za pomocnicze i niezawsze konieczne, rzucają nam nowe światło na naszą djagnozę, a tem samem i sposób leczenia.

Ale czy zawsze takie stanowisko zajmować należy w stosunku do próbnych wycinków, pouczy nas przypadek opisany poniżej.

Na Klinikę Chirurgji Stomatologicznej A. S. zgłosiła się chora M. H. lat 11, której matka podaje, że: sześć tygodni temu u dziecka pojawił się wrzodzik nad górnym zębem trzonowym lewym, który, choć niebolesny, stale się powiększał. W tym czasie od momentu powstania wygórowania (dwa tygodnie), ząb, nad którym utworzył się wrzodzik, zaczął się chwiać i został usunięty.

Pomimo wyjęcia zęba, wygórowanie w dalszym ciągu powiększało się i mogłoby być niezauważone, gdyby nie fakt, że rozmiarami swojemi zaczęło przeszkadzać w odżywianiu, mówieniu, a nawet zamykaniu ust.

Od kilku dni dziecko ma ciepłotę podwyższoną, dochodzącą do 38°. Z chorób ogólnych dziecko przechodziło, kilka miesięcy temu, odrę i zapalenie miedniczek nerkowych.

Przy badaniu zewnętrznem stwierdza się bladość powłok, oczy podkrążone, wargi sino-blade, dziecko sprawia wrażenie jakby w organizmie jego toczył się jakiś poważny proces wyniszczający.

Na twarzy po stronie lewej widać wygórowanie, obejmujące okolicę podoczodołową, licową, przyusznicz-żwaczową, o granicach zatar-

tych, kształcie półkolistym, zabarwieniu normalnem w stosunku do otoczenia, niebolesne, o ciepłocie niezmienionej. Skóra jest w stosunku do podłoża przesuwalna, wygórowanie zaś nieprzesuwalne.

Gruczoły podszczękowe i szyjne strony prawej i lewej są wyczuwalne, wielkości orzecha laskowego, niebolesne, przesuwalne.

Badanie wewnętrzne jamy ustnej wykazało: w przedsionku, po stronie lewej, wygórowanie wypełniające górną część przedsionka, pokrywające zęby szczęki górnej od trzonowców do kła i nawisające na zęby szczęki dolnej, kształt wygórowania jest nieregularny, granice zaznaczone, powierzchnia nierówna, o zabarwieniu sino-czerwonem, niebolesne, konsystencji elastyczno-twardej.

Śluzówka nieprzesuwalna i zmiany wobec podłoża również nieprzesuwalne. W jamie ustnej właściwej po stronie lewej na podniebieniu w okolicy trzonowców widać wygórowanie o cechach takich samych, jak wygórowanie w przedsionku, tylko konstystencja wygórowania od strony podniebiennej jest ciastowata, a nie elastyczno-twarda.

Wygórowanie przedsionka i podniebienia stanowi całość, podzieloną na dwie części przez obecność zębów, które tkwią jakby w głębi tego wygórowania.

Przy otwartych ustach na dolnej powierzchni guza od strony przedsionka widać powierzchnie, które kształtem odpowiadają powierzchni żujących zębów trzonowych dolnych.

Jama ustna utrzymana higienicznie, zgryz prawidłowy, ogólny stan uzębienia dobry, braki w uzębieniu nieznaczne.

Dokonano zdjęć rentgenowskich, na zatoki szczękowe, oraz wśródustne na okolicę zębów trzonowych górnych lewych; wzięto próbny wycinek; przekazano chorą na Oddział Wewnętrzny Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego, celem dalszego badania.

Na zdjęciu widzimy zmiany w kości w szczęce górnej lewej, w okolicy zębów przedtrzonowych i trzonowych, zęby rozsunięte typowo, jak przy sprawach nowotworowych.

Wynik badania internistycznego:

Badanie objektywne zmian w narządach wewnętrznych nie wykazało.

Badania dodatkowe:

I. Badanie moczu:

cg. 1031 — odczyn kwaśny,
Białko + 0,25⁰/₀₀,
Cukru niema,
Odczyn dwurazowy ujemny,
Osad: leukocyty 20 — 30 poj. w p. w.
3 wałeczki szklisto - ziarniste,
w preparacie dużo śluzu.

II. Badanie moczu po trzech dniach:

cg. 1026 — odczyn kwaśny



białko + 0,25‰,
cukru niema,
osad: leukocyty do 20 w p. w.,
krwinki 2—6 w p. w.,
wałeczki 5—6 w preparacie.

Badanie morfologiczne krwi:

Hb. 77%,
czerw. ciałek 3.150.000 w 1 mm³,
białych ciałek 7.200 w 1 mm³,

segm. 61%,
limf., 32%,
monoc. 1%,
eozynof. 6%,

ilość mocznika we krwi — 330 mgr. ‰,
odczyn Pirquet'a — słabo dodatni,
odczyn Mantoux — dodatni (1 : 100i 1 : 1000).
Prześwietlenie rentgenologiczne klatki piersiowej wykazało wygojony (zwapniały) zespół pierwotny w górnym zrazie płuca lewego.
Ciśnienie krwi 95/60 — 55 mmHg.

Przebieg choroby w ciągu 7 dni pobytu na klinice wewnętrznej: przez pierwsze cztery dni temp. wahała się w granicach 37,2 — 38°,

ostatnie dwa dni 37,5^{0} — rano — wieczór 39^{0}, rano 37,4^{0} — 38,7^{0} wiecz.

Orzeczenie kliniki dziecięcej: na podstawie badań i obserwacji, stany gorączkowe i zmiany w moczu tłumaczyć należy toksycznem działaniem rozpadającego się nowotworu.

Wynik badania mikroskopowego Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego:

Przeważna część nadesłanego wycinka pokryta jest nabłonkiem wielowarstwowym płaskim o bardzo długich soplach nabłonkowych częściowo widełkowato rozgałęziających się w tkance podścieliskowej. W jednem miejscu nabłonek ten staje się stosunkowo coraz bardziej cienki i wreszcie całkowicie go brak.

W tym ostatnio wymienionym odcinku ponad nabłonkiem gromadzi się wąski, brudno-fioletowo barwiącej się masy (drobnoustroje i szczątki rozpadłych tkanek). Pas podnabłonkowy jest usiany komórkami plazmatycznemi, limfocytami, a w miejscu części owrzodziałej, obok tego dość licznemi ciałkami ropnemi.

Najgłębsze części wycinka są zbudowane z pasm wrzecionowatych komórek. Pasma te krzyżują się wielokrotnie ze sobą, tworząc stosunkowo dość wąskie szczeliny, w których znajdują się bryłki ostro zarysowane, barwiące się mocno hematoksyliną (zawapnienia).

Tam, gdzie bryłek tych jest mniej, na ścianach szczelin znajdują się komórki wieloboczne, lub okrągławe, ułożone przeważnie w jedną warstwę, gdzieniegdzie w warstw kilka, lub też wyjątkowo komórki te tworzą lite pasma komórkowe. Całość obrazu mikroskopowego wskazuje na przewlekły stan zapalny ropny, toczący się w warstwie podnabłonkowej, w częściach zaś głębszych najprawdopodobniej chodzi o bujanie elementów okostnowych z zawapnieniami.

Obraz tego ostatniego bujania może częściowo przypominać t. zw. Osteitis fibrosa, może być też uważany jako odczyn okostnowy na toczący się w głębi kości jakiś proces chorobowy.

W razie usunięcia operacyjnego zmienionych części kostnych, uprzejmie prosimy o nadesłanie nam całego materjału i o podanie możliwie najdokładniejszych danych klinicznych.

Biorąc pod uwagę szybki wzrost guza, jego niszczące działanie w miejscu rozwoju, oraz toksyczne działanie ogólne, ustalono konieczność usunięcia chorobowo zmienionych części.

Z kliniki wewnętrznej chora powróciła na klinikę chirurgji stomatologicznej, gdzie dokonano zabiegu operacyjnego, polegającego na rezekcji części szczęki górnej lewej.

Chora zabieg zniosła dobrze, po dwóch tygodniach została wypisana z kliniki do dalszego leczenia ambulatoryjnego w Instytucie Radowym, gdzie stosowano naświetlania radem.

Usunięty guz przesłano do badania anatomo - patologicznego z następującym wynikiem:

W skrawkach z nadesłanego materjału stwierdzono: utkanie

składające się ze zbitej tkanki łącznej otaczającej wirami lub smugami ogniska zwapnienia.

W preparatach odwapnionych widać, że ogniska te składają się z pojedyńczych beleczek kostnych, o dowolnych kształtach, z ciałkami kostnemi. Do beleczek tych przylegają komórki wieloboczne, przypominające komórki krwiotwórcze.

Na obwodzie tych wycinków, oraz w oddzielnych strzępkach stwierdza się ziarninę z licznemi naciekami limfo- i leukocytowemi. Niektóre z tych strzępków pokryte są nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, wnikającym długiemi językami w głąb ziarniny, lecz odcinającemi się od niej wyraźnie.

W powyższym obrazie morfologicznych cech bujania złośliwego nie stwierdza się.

Rozpoznanie: Fibroma ossificans, oraz przewlekły stan zapalny.

Mając na względzie powyżej opisany przypadek należy przeprowadzić rozumowanie, jak mamy ustosunkować się do tych spraw chorobowych, które po zbadaniu klinicznem mają charakter nowotworowy, czego jednak z całą pewnością nie potwierdza badanie mikroskopowe. Przypadek ten nie jest odosobniony, albowiem wiele mogłabym cytować takich historyj chorób, z których wynika, że badanie kliniczne i anatomo-patologiczne nie pokrywają się.

Mimo to badanie kliniczne nasuwa myśl o koniecznym zabiegu operacyjnym, polegającym na wyłuszczeniu zmian chorobowych lokalnych, albowiem dają one ciężkie zaburzenia ogólne, jak to — wtórna anemja, choroby nerek i t. d.

Sądzę, że chirurg nie może przypisywać tak bezwzględnej wartości rezultatowi badania mikroskopowego, skoro anatomo-patolog przesądza sprawę i mówi „w razie usunięcia operacyjnego, zmienionych części, prosimy o nadesłanie całego materjału i o podanie możliwie jaknajdokładniejszych danych klinicznych".

Teraz rodzi się zapytanie, czy można dokonać zabiegu operacyjnego, zanim anatomo-patolog na podstawie badania próbnego wycinka da nam takie wyjaśnienie, skoro przy badaniu klinicznem stwierdzimy jego konieczność. A więc musimy odpowiedzieć, czy będzie błędem lekarskim postępowanie chirurgiczne bez pobrania wycinka, jeśli klinicznie uznamy je za jedynie słuszne. Zwłaszcza rozwiązanie tego zagadnienia ma duże znaczenie przy sprawach toczących się w głębi kości, skąd pobranie wycinka jest już pewnym niezupełnie obojętnym zabiegiem dla chorego, który broni się przed każdym, w jego pojęciu, zbędnym zabiegiem, a jak na podstawie opisanego przypadku i rozumowania wynika, że i lekarz nie zawsze stwierdza jego konieczność.

Nie znaczy to jednak, żeby nie dokonać badania mikroskopowego całego usuniętego guza, gdyż zależne jest od cech utkania zmian dalsze nasze postępowanie terapeutyczne (rad, rentgen i t. d.).

Dlatego też uważam, że postępowanie operacyjne lekarza w niektórych przypadkach bez pobrania wycinka, mimo, że niezgodne z ogólnym nastawieniem do tego rodzaju zagadnień, jednak, jak z powyższego wynika, słuszne, a więc mające takieżsame prawo obywatelstwa, jak postępowanie odwrotne.

—o—

Dr. ZYGMUNT WOLTEGER. *Warszawa.*

Oralsepsis w świetle nowych badań.

(Referat wygłoszony na VII Polskim Zjeździe Stomatologicz. 1—3 listopada 35 r.).

Pod nazwą Oralsepsis rozumie się zakażenie ustroju, wychodzące z ogniska (Fokus), znajdującego się w jamie ustnej. że organy znajdujące się w jamie ustnej mogą być punktem wyjścia ogólnego zakażenia, wiadomem jest od dość dawna. Internista angielski William Hunter w mowie wygłoszonej z racji otwarcia Uniwersytetu w Montreal, porusza sprawę znaczenia jamy ustnej, jako siedliska i punktu wyjścia dla ogólnego zakażenia. William Hunter spopularyzował tę myśl, lecz nie był jej twórcą, jak to wielu przypuszcza. Ojcem teorji zakażenia ustnego był lekarz poznański Kaczorowski, który w 1881 r. wygłosił referat p. t. Związek etiologiczny między zapaleniem dziąseł a innemi chorobami". Wywody Kaczorowskiego przeszły jednak bez żadnego echa i dopiero badania i obserwacje kliniczne Huntera nadały zakażeniu ustnemu duży rozgłos. Nie przypuszczał on z pewnością, że rzucone przezeń myśli wywołają tak wielkie zainteresowanie w literaturze lekarskiej nietylko Nowego, ale i Starego Świata. Widząc na podstawie badań i doświadczeń klinicznych, że jama ustna jest częstym źródłem zakażenia ustroju, wystąpił ostro przeciw lekarzom dentystom, zarzucając im, że budują złote mauzolea, w których przechowują się drobnoustroje i stąd mogą atakować cały organizm, wywołując w nim daleko idące zmiany. Według jego zdania u 60-70% ludzi jama ustna znajduje się w stanie septycznym, który powstaje skutkiem ropienia chronicznego czy to przy t. zw. pyorrhea alveoralis, czy to przy przewlekłych procesach zapalnych w okolicy wierzchołków korzeni zębów, pozbawionych miazgi. Wprawdzie ziarniniaki, znajdujące się wewnątrz kości, źle wypełnione przewody korzeniowe, obfitujące w florę bakteryjną, wreszcie zęby zgorzelinowe, mające bezpośrednią łączność przez apex z kością, stanowią idealne warunki uogólnienia się infekcji, jednak ustalenie tej łączności między ogniskiem, a zakażeniem nie jest łatwe, a często stwierdza się tylko tem, że po usunięciu ognisk septycznych z jamy ustnej następuje polepszenie ogólnego stanu chorobowego. Primo-wywołujący najczęściej zakażenie streptococcus jest, że tak się wyrażę wszędobylski, gdyż ognisko pierwo-

tne zwykle żadnych wyraźnych objawów nie daje i dlatego tak często bywa przez lekarzy przeoczone. Prawie w każdym przypadku chorobowym chciał H u n t e r widzieć przyczynę w jamie ustnej: od iritis do neurastenji, od endocarditis do nephrolithiasis, od dementia praecox do perityphlitis, od arteriosclerosis do neuralgji — wszędzie podejrzewał zakażenie ustne. Dociekania te poparł teoretycznie genialny bakterjolog R o s e n o w. Mając do dyspozycji wielkie środki materjalne oraz duży materjał kliniczny kliniki braci M a y o w R o c h e s t e r, zdołał, nawiązując do badań S c h o t m ü l l e r a, udowodnić, że poszczególne gatunki paciorkowców, różniące się co do swego cyklu rozwojowego, można za pomocą zmian w pożywkach i dzięki stopniowaniu zawartości w nich tlenu zidentyfikować lub przeistoczyć jedne formy w drugie. Drogą zmiany napięcia tlenu udało mu się przeistoczyć paciorkowiec hemolityczny w typ viridans oraz potwierdzić tezę P a s t e u r a, że jadowitość paciorkowca można zmieniać, mianowicie, że paciorkowiec hemolityczny hodowany bez powietrza wzmaga jadowitość i właściwości hemolityczne. Ponadto udowodnił on, że paciorkowiec hemolityczny rozwija się w głębi zaułków migdałków, podczas gdy streptococcus viridans na ich powierzchni. Na podstawie doświadczeń, przeprowadzonych na zwierzętach doszedł R o s e n o v do swej teorji elektywnej lokalizacji bakterji. A więc drobnoustroje, które dostają się z pierwotnego ogniska do krwiobiegu, nie osiadają w jakimkolwiek bądź organie dowolnym i nie zawsze stają się przyczyną ogólnego zakażenia, lecz wywołują objawy chorobowe, uzależnione od przysługującej bakterjom właściwości lokalizacji elektywnej, to znaczy pewnej predylekcji do wybranych tkanek ustroju. R o s e n o v udawadnia, że materjał zakaźny pobrany naprzykład z ziarniniaka okołowierzchołkowego korzenia zęba, podejrzanego jako ognisko utajonego zakażenia, przeszczepiony na pożywki, a następnie zaszczepiony zwierzętom, miał wywołać u zwierzęcia te same sprawy chorobowe i w tych samych organach, jakie były zajęte w dawce materjału zakaźnego. Jedna ze statystyk R o s e n o v'a, obejmująca 841 doświadczeń nad zwierzętami, wykazuje: 17 pni paciorkowców, wyodrębnionych z ziarniniaków i kieszonek przy ropotoku zębodołowym pacjentów chorych na appendicitis, zastrzyknięto psom i królikom — 70% zwierząt zachorowało na appenditicis. 37 pni paciorkowców, wziętych z ziarniniaków i migdałków pacjentów, dotkniętych wrzodem żołądka i jelit, zastrzyknięto zwierzętom — w 68% wypadków u tych zwierząt stwierdzono owrzodzenia żołądka i jelit.

8 pni paciorkowców typu viridans, wziętych z ziarniniaków pacjentów cierpiących na zapalenie wsierdzia, zastrzyknięto zwierzętom — w 84% stwierdzono u zwierząt tych zapalenie wsierdzia.

9 pni paciorkowców, wziętych z kieszonek ropnych dziąseł pacjentów chorych na parotitis, zastrzyknięto zwierzętom i u 74% zakażonych zwierząt stwierdzono to samo schorzenie.

Dalsze doświadczenia R o s e n o v'a wykazały, że paciorkowce

wzięte z ognisk, w których pozbawione były dostępu tlenu jak np. z ziarniniaków okołowierzchołkowych, są bardzo jadowite, wzięte zaś z powierzchni migdałków lub dziąseł, nie wykazały przy zaszczepieniu prawie żadnej jadowitości. Tak naprzykład kultury paciorkowców, wyodrębnionych z ziarniniaków nad dwoma siekaczami u pacjenta, dotkniętego zapaleniem tęczówki, hodowane w buljonie z dodatkiem cukru gronowego, dały następujące wyniki: pożywki do 5 cm. głębokości były jałowe, w warstwach zaś głębszych zawierały czystą kulturę paciorkowców anaerobów. Zastrzyknięte zwierzętom — wywołały iritis. Emulsja tęczówki od tych zwierząt w stanie zapalnym dała czystą kulturę paciorkowców anaerobów, która po zaszczepieniu dalszym zwierzętom znowu wywołała iritis. Skrawki ziarniniaków tego chorego, barwione metodą Gram'a, wykazały te same paciorkowce. Po usunięciu schorzałych zębów i wyłyżeczkowaniu zębodołów, chory w ciągu kilku tygodni powrócił do zdrowia. Wreszcie dla potwierdzenia dowodów, wykazujących powstawanie chorób wewnętrznych za pośrednictwem jamy ustnej, ogłosił R o s e n o v wielką pracę doświadczalną, która dała następujące rezultaty:

18 zdrowym psom usunięto pod narkozą eterową z dolnych wielkich kłów miazgę, poczem przewody zostały wypełnione kulturą paciorkowców i szczelnie zamknięte. Kultura pochodziła od chorego, dotkniętego kamicą nerkową, któremu już dwukrotnie usuwano drogą operacyjną kamienie z lewej miedniczki nerkowej. Zdjęcie rentgenologiczne zębów, wykonane po pewnym czasie, wykazało ziarniniaki przy wierzchołkach korzeni tych dwóch zębów. Zęby zostały usunięte, a z treści przewodów korzeniowych i ziarniniaka wyhodowano paciorkowiec typu viridans. Roztwór treści korzeniowych zastrzyknięto królikom, które po 48 godzinach zostały zatrute chloroformem. Podczas obdukcji stwierdzono w nerkach tych zwierząt ogniska haemorrhagiczne. Równocześnie zakażono psom kontrolnym dolne kły po usunięciu miazgi kulturą paciorkowców, pochodzącą z ziarniniaków chorego, cierpiącego na arthritis. Wreszcie pewna część psów trzymana była dla kontroli w tych samych warunkach odżywiania, co i psy zakażone. Wszystkie psy, których kły zakażono kulturą paciorkowców, pochodzących od chorych na nerki, zachorowały i straciły na wadze. W moczu tych zwierząt znaleziono białko i wałeczki. Po stu dniach obserwacji dokonano autopsji, przyczem stwierdzono wyraźnie schorzenie nabłonka nerkowego. U pięciu psów utworzyły się kamienie nerkowe, u czterech — z obu stron. U psów, zakażonych kulturą paciorkowców, pochodzących od chorych na arthritis, jak również i u psów kontrolnych żadnych śladów chorób nerkowych nie znaleziono. Nie znaleziono ich również u 511 psów, użytych do innych doświadczeń. Te doświadczenia R o s e n o v'a dały podstawę naukową teorji o oral-sepsis. Wyniki jego badań, dotyczące experymentalnego wywołania owrzodzeń żołądka, zostały potwierdzone przez H a r d t a i H e l m h o l t z a, wywołanie iritis potwierdził I r o n i N a d l e r, cholecystitis-B r o w n, arthritis — M e i s s e r i japoński bakterjolog

N a k a m u r a. Nie wszyscy jednak zgadzaję się z wnioskami R o s e n o v'a. A l b a n e s e oświadcza się przeciwko poglądom R o s e n o v'a o wybiórczych własnościach paciorkowców, wywodząc inne wnioski z tych eksperymentów. Nie może sobie bowiem on przedstawić, by w naturze istniała niezliczona liczba szczepów paciorkowcowych, z których każdy posiadałby szczególne powinowactwo do pojedyńczych tkanek lub narządów. Eksperymenty wykazują wprawdzie wielką chwiejność i zmienność paciorkowców, lecz A l b a n e s e uważa, że logicznie jest pojmować rozmaitość objawów chorobowych jako wynik odchyleń od normy biologji danego organu lub tkanki, które pozwalają paciorkowcom na zagnieżdżenie się w nich i na rozwój, przyczem powstają nieprawidłowe produkty przemiany materji (dismetabolismus). Przy takiem pojmowaniu zakażenia ogniskowego należy uważać je za zagadnienie czysto kliniczne, pozostające w ścisłym związku z zagadnieniami odporności, posiadającej swoje podstawy nietylko w czynnikach exogennych, odnoszących się do zarazka i jego ilości, w fizykalnych warunkach świata zewnętrznego, w których żyje zarówno ustrój goszczący jak i drobnoustrój, lecz również podstawy takie znajdują się w czynnikach konstytucjonalnych każdego osobnika. Przeciwnicy teorji R o s e n o v'a, którzy uważają wnioski, wysnute z jego doświadczeń, za zbyt daleko posunięte, przyznają na podstawie kazuistyki klinicznej, że często przez wyeliminowanie ogniska zakaźnego choroba zostaje zwalczona. To jest kryterjum trudne do obalenia, gdyż nie można zawsze powoływać się na przypadek przy chorobach, które przez dłuższy czas opierały się wszelkim próbom leczenia, a dopiero po usunięciu ogniska zakaźnego nastąpiło wyleczenie. Podobne spostrzeżenia potwierdza szereg lekarzy na podstawie dużego materjału klinicznego. Internista B i l l i n g s znalazł w 577 przypadkach schorzeń stawów ognisko pierwotne: 336 razy w migdałkach, 136 razy w schorzeniach korzeni zębów, 24 razy w narządach moczopłciowych męskich, 12 razy w nosie i jamach bocznych, 11 razy w macicy i przydatkach. Poglądy lekarzy amerykańskich na zakażenie ustne, może nieco przesadne, mają jednak wszelkie dane prawdopodobieństwa. Cała trudność polega na ustaleniu łączności między ogniskiem pierwotnem, a infekcją wtórną. O s t e n - S a c k e n uważa, że w każdym przypadku, gdzie jest podejrzenie na zakażenie ustne, należałoby przeprowadzić następujące badania:

1. Stwierdzić obecność chorobotwórczych drobnoustrojów w chorym organie;
2. Stwierdzić obecność tych samych drobnoustrojów w pierwotnem ognisku;
3. Te same drobnoustroje otrzymać w czystej kulturze;
4. Objawy chorobowe odtworzyć doświadczalnie na zwierzętach.

Gdyby wszystkie te cztery warunki zostały dopełnione z wynikiem dodatnim, poczem, po dokładnem usunięciu ogniska pierwotnego,

zmienił by się obraz kliniczny w sensie poprawy zdrowia lub zupełnego wyzdrowienia chorego — wtedy dopiero można stwierdzić z punktu widzenia naukowego zakażenie ustne. Ale w ślad zatem Osten-Sacken przyznaje, że:

1. Warunek pierwszy nie może być dotrzymany, gdyż organy wewnętrzne nie mogą być poddane badaniu baketrjologicznemu.
2. Warunek drugi napotyka na kolosalne trudności w przeprowadzeniu jego.
3. Warunek trzeci może być dotrzymany przy umiejętności i daleko idących środkach ostrożności.
4. Warunek czwarty trudny jest do zrealizowania, gdyż doświadczenia na zwierzętach wymagają odpowiednio wyszkolonego personelu, a co za tem idzie, są bardzo kosztowne i w wielu wypadkach wręcz niemożliwe.

Pomija już kwestję, że drobnoustrój chorobotwórczy zwierzęcia niekoniecznie musi być chorobotwórczy dla człowieka i dawać te same objawy chorobowe, co u zwierzęcia. Osten-Sacken ma zastrzeżenia przeciw wielu dotychczas przeprowadzonym badaniom, a to ze względów następujących:

1. Niema pewności, czy podczas pobierania materjału z ogniska nie został on zainfekowany.
2. Uzyskane kultury drobnoustrojów nie były czyste i dopiero przez dalsze przeszczepianie zostały wyodrębnione, zanim otrzymano czystą kulturę.

Wyodrębnianie bakterji chorobotwórczych z ziarniniaka napotyka na duże trudności, o czem także wspomina Lippo w swej pracy. Lippo udało się wyodrębnić z ziarniniaka czystą kulturę: raz streptococcus viridans, trzy razy — staphylokokki, raz — mikrokokkus katarrhalis, raz — bacillus podobny do bac. Löfflera. W chronicznych stanach septycznych Lippo przeprowadzał badania krwi, szukając we krwi drobnoustrojów, wyodrębnionych uprzednio z ziarniniaka. Udało to mu się tylko trzy razy, wykrywając we krwi raz streptococcus viridans, dwa razy — streptococcus albus. Rosenov, przeprowadzając identyczne badania u chorych na arthritis acuta, wykrył w 75% paciorkowce we krwi chorych. Tak wysoki procent wyników pozytywnych tłomaczy on tem, że brał próby bardzo wcześnie, niekiedy już w pierwszych godzinach wystąpienia choroby. Pobieranie materjału zakaźnego z ziarniniaka do badań bakterjologicznych przeprowadza Osten-Sacken w sposób następujący: świeżo usunięty ząb lub korzeń zęba chwyta pincetą i rozżarzonym instrumentem przyżega zewnętrzną powierzchnię worka ziarniniaka; jałowym nożem lub nożyczkami przecina ścianę worka ziarniniaka w miejscu uprzednio przyżegniętym, poczem przepaloną pętlą platynową pobiera

materjał z wewnątrz ziarniniaka. Ale i ten sposób nie uważa on za zupełnie pewny, gdyż nie daje mu kontroli i absolutnej pewności, czy na ścianie worka ziarnikowego nie pozostały jakieś żywe drobnoustroje mimo przyżegania. Poradził sobie Osten-Sacken z tem w sposób następujący: podlegający zbadaniu ziarniniak zanurza w kulturze buljonowej Prodigiosus, poczem dopiero dokładnie przyżega ściany worka ziarniniaka. W wypadku, gdyby przeżeganie nie było dokładnie wykonane, na pożywce, gdzie posiana była zawartość ziarniniaka, wyrastają barwne, łatwo dające się dostrzec kultury Prodigiosus. Tym łatwym a pomysłowym sposobem kontroluje Osten-Sacken aseptykę i dokładność swej pracy. Jako pożywki używa on buljon z dodatkiem cukru gronowego, buljon wątrobiany, agar oraz agar z dodatkiem cukru gronowego. Przy pobieramniu do badania bakterjologicznego wydzieliny ropnej z kieszonek dziąsłowych przy t. zw. Pyorrhea alveolaris, należy pamiętać, że drobnoustroje, w zależności od miejsca pobrania, są różne jak i różne są drobnoustroje im towarzyszące. Tak więc inna jest flora bakteryjna na brzegach dziąseł, inna— na granicy chorej i zdrowej tkanki, inna wreszcie na dnie kieszonek ropnych. Które z tych drobnoustrojów są chorobotwórcze, a które tylko saprophyty — trudno ustalić. Do pewnego stopnia kryterjum dla saprophytów mogłaby być obecność ich w zdrowej jamie ustnej. Stwierdzenie obecności tych samych drobnoustrojów w kieszonkach ropotokowych i zdrowej jamie ustnej nie upoważnia jednak do sądzenia, że drobnoustroje te nie mają nic wspólnego z procesem chorobowym. Przecież zarówno spirochety jak i bac. fusiformis możemy napotkać w zdrowej jamie ustnej. Jest więcej jednak niż prawdopodobnem, że biorą one czynny udział w t. zw. Pyorrhea alveoralis. Gdy jednak spotykamy drobnoustrój tak regularnie w każdej jamie ustnej, jak bakterium melaninogenicum lub paciorkowiec brunatny, niema prawie żadnej wątpliwości, że są to nieszkodliwe saprophyty.

Nie będę tu wyliczał całej bogatej flory bakteryjnej tego schorzenia, nie będę wdawał się w dyskusję i przytaczał zdań i poglądów, jak należy zapatrywać się na to schorzenie, czy uważać je za schorzenie ogólne, czy też miejscowe — fakt jest jednak bezsprzeczny, że parodontitis może być miejscem wyjścia zakażenia ogólnego i zadaniem naszem jest usunięcie tej masy bakteryjnej. Większość autorów widzi poza tem w kieszonkach ropotokowych źródło zatruwania organizmu naskutek ciągłego połykania ropy oraz produktów gnilnych. Inni natomiast jak np. Albaneze wyklucza w sprawach parodontitis jako możliwie odległych źródeł infekcji, moment połykania zarazków i zastępuje możliwość wysiewania zarazków z kieszonek do obiegu krwi, przyczem podkreśla stosunkowo rzadkość tego mechanizmu w przeciwieństwie do stosunkowo znacznej częstotliwości parodontitis. Przychyla się zarazem do hipotezy Vinzenza, że dziąsło jest raczej punktem wyjścia, niż wejścia bakteryj.

(d. c. n.)

—o—

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademji Stomatologicznej w Warszawie.
(Kierownik: Doc. Dr. KONRAD SZEPELSKI).

Lek.-dent. JADWIGA BOBIŃSKA-LEMAŃSKA. Warszawa.
St. asystent Katedry Dentystyki Zachowawczej A. S.

Kurs fantomowy Dentystyki Zachowawczej.

Wstęp.

Celem ćwiczeń fantomowych w zakresie zębolecznictwa jest praktyczne zapoznanie studenta z dokonywaniem zabiegów lekarskich, tak, aby z chwilą przejścia na klinikę, wykonał on zabieg u pacjenta prawidłowo i pewnie.

Tego rodzaju cel powoduje, że w kursie naukowym ćwiczenia fantomowe odgrywają bardzo poważną rolę.

W stosunku do ogółu nauk ściśle stomatologicznych ćwiczenia praktyczne są wcześniejsze. W czasie ćwiczeń fantomowych student zostaje zapoznany z głównemi zasadami wiedzy stomatologicznej, otrzymuje niejako podstawę wiadomości, które umożliwiają zrozumienie dokonywanych zabiegów, a które równocześnie lub nieco później zostają rozszerzone i pogłębione przez ćwiczenia kliniczne. Jednocześnie ćwiczenia fantomowe są naoczną ilustracją wykładów teoretycznych.

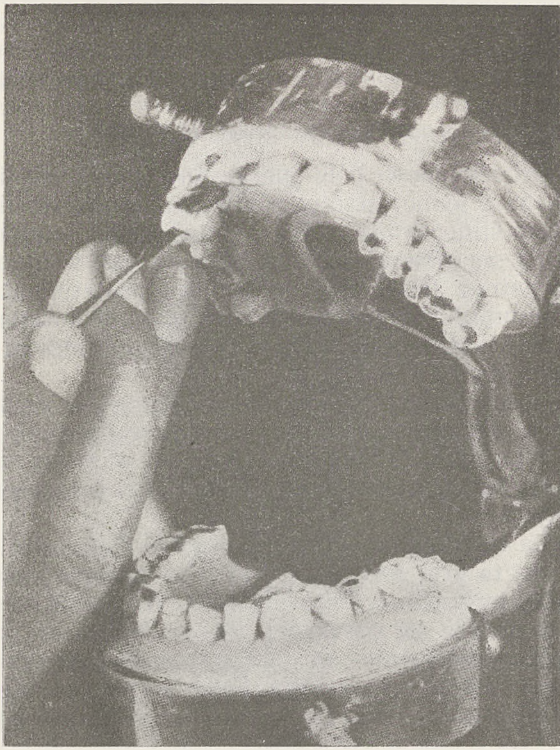
Spowodu konieczności dokonywania na ćwiczeniach fantomowych zabiegów ze zrozumieniem, kurs tych ćwiczeń, obok zaznaczonego na wstępie celu zasadniczego, obejmuje z konieczności niejako konspekt nauk zębolecznictwa, podając w ogólnych zarysach wyniki teorji. Na kursie ćwiczeń fantomowych student otrzymuje podstawowe wiadomości z dziedziny anatomji, fizjologji, patologji, diagnostyki i terapji zębów.

To też w poszczególnych rozdziałach niniejszego kursu znajdują się wybrane z powyższych nauk wiadomości, niezbędne dla uczestników ćwiczeń praktycznych.

Jak już na początku zaznaczono, jedynym celem ćwiczeń fantomowych jest obznajmienie słuchaczów z praktyką w celu przygotowania do zabiegów przy pacjencie. Aby ten cel osiągnąć, słuchacz musi:

1) nauczyć się optycznie rozróżniać zęby chore;
2) nabyć umiejętności rozpoznawania na podstawie znamion zewnętrznych nienormalności uzębienia;
3) nabyć umiejętności we wprawnem posługiwaniu się narzędziami;
4) nabyć umiejętności stosowania właściwej terapji stosownie do rodzaju schorzenia.

Wszelkie ćwiczenia praktyczne przeprowadza się na klinice na sztucznych szczękach metalowych, t. zw. zgryzadłach. W zgryzadłach



Rys. 1. Zgryzadło (Münch 1930).

osadzone są w gipsie zęby normalnie jak u człowieka. Zgryzadło dolne z górnem jest złączone śrubą, zezwalającą na ich dowolne rozwarcie. Jako miara dla rozwarcia szczęk odpowiada anatomicznie długość członka paznokciowego kciuka. Przy normalnem rozwarciu szczęk powinien się on zmieścić pionowo pomiędzy rzędami zębów [1]).

W celu zimitowania miękkich tkanek jamy ustnej, otacza się zgryzadła płatem ślinochronu. Gips, w którym osadzone są zęby, pociągamy czerwoną farbą.

Powyższy kolor otrzymujemy w ten sposób, że mieszamy dwa rodzaje farb :[2])

1) czerwona (Kropprot) Nr. 014,

2) czerwona ognista Nr. 017.

Bierzemy ½ litra wody na 1 pakiecik każdej z tych farb. Woda winna być gotowana. Dodajemy do niej 1 łyżkę octu lub kwasku cytrynowego celem zabezpieczenia przed pleśnią.

[1]) Prof. dr. Partsch Carl, Handsbuch der Zahnheilkunde, Bd. I, str. 236. Monachjum, r. 1924.

[2]) Farby Braunsa, firma Imroth, Warszawa, Nowy Świat 16.

Przy łączeniu tych farb należy na 20 części kropprotu dodać 1 część ognistej czerwieni.

Przy wyschnięciu, a szczególnie przy malowaniu zewnętrznem gipsu, należy utrwalać pokostem, a na to werniksem ciemnym lub przezroczystym, zależnie od tego, czy chcemy uzyskać kolor jaśniejszy, czy też nieco ciemniejszy.

Werniksu używamy jako ochrony przed rozjaśnieniem.

,Dzięki ślinochronowi pole operacyjne upodabnia się do naturalnego, dlatego że z jednej strony ogranicza przestrzennie ruchy pracującego do ram ślinochronu, z drugiej zaś strony zmusza przy pracy do posługiwania się lusterkiem, analogicznie jak w niecałkowicie dostępnej jamie ustnej. Przez zakolorowanie gipsu student jest zmuszony ostrożnie manipulować instrumentami, aby nie dotknąć i nie uszkodzić tych miejsc, które odpowiadają miękkim tkankom jamy ustnej (policzkom, dziąsłom i t. p.).

W ten sposób stworzone warunki upodabniają zgryzadła otoczone ślinochronem do jamy ustnej, nie odtwarzają jednak tak utrudniającego pracę ślinotoku. O tych przeszkodach w pracy w klinice student musi pamiętać, jakkolwiek na ćwiczeniach fantomowych nie ma z niemi do czynienia.

Zgryzadła umocowane są na podstawie metalowej, t. zw. statywie. Statyw jest to pręt metalowy, który na jednym końcu zaopatrzony jest w śrubę, przy pomocy której utwierdza go się do stołu, na drugim zaś końcu osadza się zgryzadła. Zgryzadła można umieszczać na statywie w różnej odległości od dolnego końca statywu. Dzięki temu student reguluje ustawienie zgryzadeł na wysokości odpowiedniej do wzrostu, t. j. manipuluje tak, jakby miał do czynienia z pacjentem na fotelu.

Rozdział I.

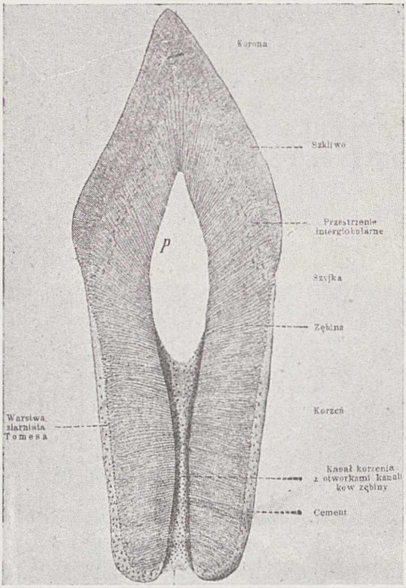
Krótki rys anatomji i histologji zęba.

W wyrostku zębodołowym szczęki górnej i dolnej tkwią zęby, tworząc łuki zębowe (arcus dentalis superior et inferior). Sposób, w jaki zęby stykają się z sobą, oznaczamy jako okluzję czyli artykulację.

Makroskopowo zęby rozpatruje się w stosunku do zębodołu. Tkwią one w zębodole swobodnie; zewnętrzną powierzchnię części zęba tkwiącą w zębodole oraz wewnętrzną ściankę zębodołu wyściela tkanka łączna (periosteum alveolare). Część zęba całkowicie tkwiąca w zębodole nosi nazwę korzenia (radix dentis), wystająca ponad zębodół i pokryta dziąsłem, nazywa się szyjką zęba (collum dentis) i wreszcie występującą nazewnątrz część zęba mianujemy koroną (corona dentis).

Właściwe znaczenie funkcjonalne zęba spełnia korona, szyjka zaś i korzeń służą do umocowania zęba w zębodole.

Rozpatrując przekrój pionowy preparowanego zęba, odróżniamy trzy składowe twarde substancje: zębina (substantia eburnea s. dentina), cement (substantia ossea) i szkliwo (substantia adamantina), popularnie dość trafnie zwane emalją.



Rys. 2. Przekrój podłużny siekacza ludzkiego. P — jama miazgi. (Szymonowicz 1921).

Zębina jest głównym składnikiem zęba i otacza ze wszystkich stron miazgę. Jest to rodzaj tkanki kostnej, różniącej się tem od zwykłej tkanki kostnej, że jej komórki, t. zw. komórki twórcze zębiny (odontoplasty), leżą nie w jamkach istoty podstawowej, lecz nazewnątrz niej.

Szkliwo jest pochodzenia ektodermalnego, co dało asumpt L e n h o s e k o w i do uznania zębów za olbrzymie, skostniałe przez zwapnienie, brodawki śluzówki jamy ustnej, odpowiedniki brodawek językowych. (Scheff, B. I, str. 99).

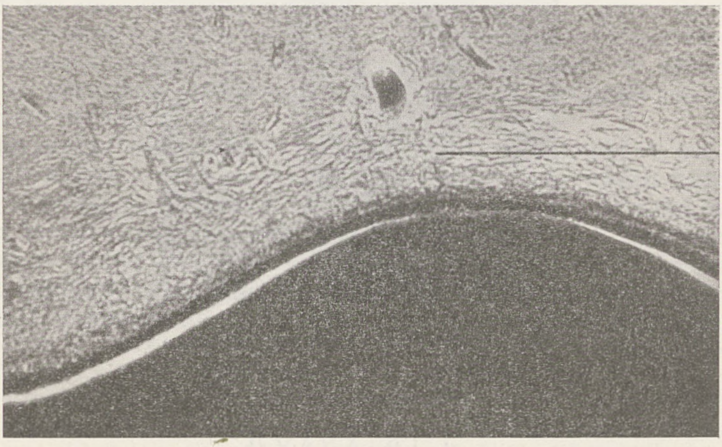
Kostniwo, które otacza koreznń zęba i jest pochodzenia mezenchymatycznego, jest najgrubsze w obrębie wierzchołka korzenia, a ku szyjce staje się coraz cieńsze. Budowę kostniwa możemy uważać za prawidłową budowę kości, której jednak brak kanałów Haversa, a która posiada bardzo liczne włókna Scharpeyowskie i nieliczne jamki kostne. Kanały Haversa spotyka się tylko w cemencie starych zębów i to zębów trzonowych.

Wewnątrz zęba znajduje się t. zw. komora (cavum dentis), sze-

roka w obrębie korony, a zwężająca się ku wierzchołkowi korzenia, i mająca na jego końcu ujście w tak zwanym otworze szczytowym (foramen apicis dentis).

Całą jamę zębową wypełnia miazga (pulpa dentis). Część miazgi, znajdującą się w obrębie korony, nazywamy miazgą koronową (pulpa coronae), a w obrębie korzenia — miazgą przewodową (pulpa radicis dentis). Otwór szczytowy korzenia stanowi połączenie podłoża zęba z miazgą. Kształt zęba odpowiada kształtowi zawartej w nim miazgi.

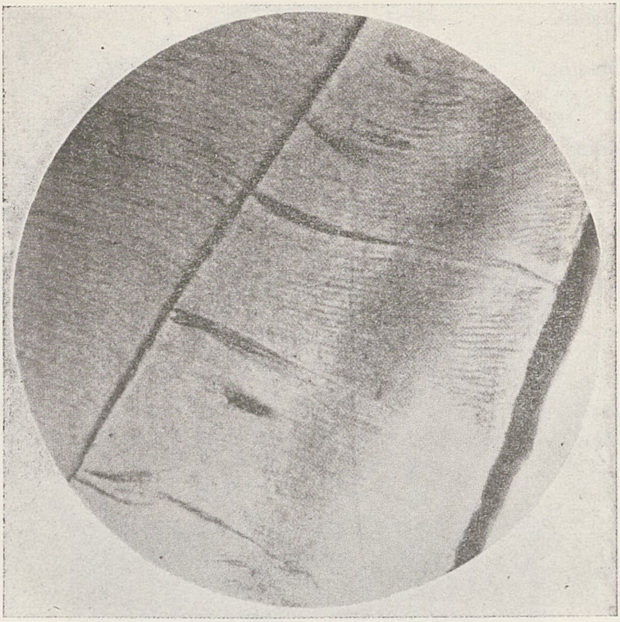
Miazgę tworzy tkanka miękka, bardzo ważna dla zęba. Jest to właściwie tkanka łączna, bardzo obficie wyposażona w naczynia krwionośne, nerwy i naczynia limfatyczne. Naczynia i nerwy wchodzą przez otwór szczytowy i tworzą w miazdze sieć szczgeólnie obfitą tuż przy granicy zębiny.



Rys. 3. Miazga (Weber 1932).

Zębina jest to rodzaj tkanki kostnej. Jej istotę podstawową tworzą sole wapniowe i substancje organiczne. Cienkie kanaliki zębinowe, od strony miazgi szersze, przebiegają w zębinie przez całą jej grubość, coraz bardziej zwężając się. Po drodze kanaliki zębinowe łączą się z sobą, a pod szkliwem i kostniwem przechodzą w kanaliki końcowe. W obrębie korony niekiedy kanaliki zębinowe wchodzą i w szkliwo, kończąc się w nim ślepo. W obrębie korzenia wszystkie kanaliki zębinowe kończą się ślepo w obrębie zębiny. W osi kanalików zębinowych znajdują się wypustki komórek miazgi zębowej, t. zw. odontoplastów (wypustki Tomesa). Kanaliki odgrywają niepoślednią rolę przy przemianie materji i są drogami komunikacyjnemi dla procesów próchnicowych.

Szkliwo składa się z pryzmatycznych kolumn, które w przekroju poprzecznym mają kształt sześciokątny, a wzdłuż granicy korony przebiegają promienisto. Szkliwo okrywa całą koronę, jednak nierówno-



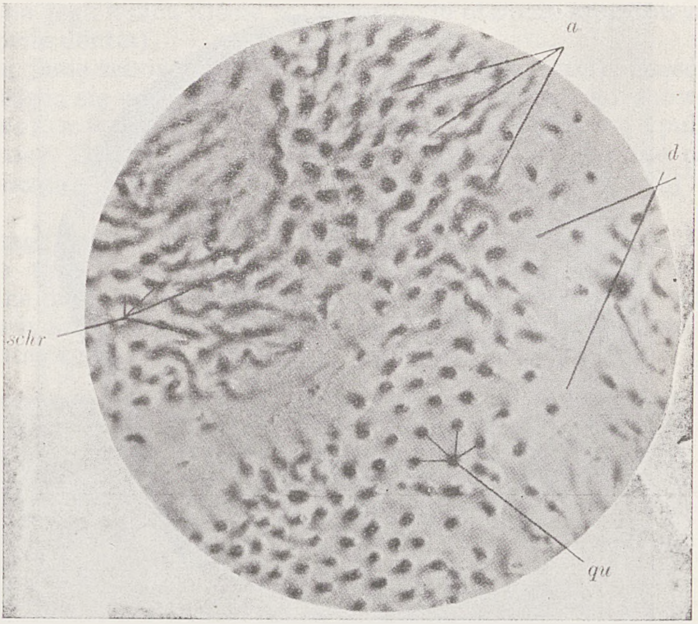
Rys. 4. Szkliwo. Pryzmaty szkliwa przebiegają prostopadle do granicy zębiny i szkliwa. (Münch 1931).

miernie, gdyż warstwa jego na szczycie korony jest najgrubsza. Jest to zupełnie zrozumiałe, ponieważ szkliwo jest tkanką ochronną, a akt żucia, najbardziej niszczący proces, odbywa się właśnie na szczycie korony. Wskutek swoich funkcjonalnych zadań ochronnych szkliwo w procesie rozwojowym wykształciło się na najtwardszą tkankę ciała ludzkiego. Twardość szkliwa odpowiada 7 stopniowi skali twardości Mohsa (wg. Müncha, Leitfaden für den Phantomkurs der konservierenden Zahnheikunde, str. 3). Twardość nie jest jedyną cechą szkliwa, gdyż o jego właściwościach ochronnych świadczy również odporność na czynniki mechaniczne, termiczne i chemiczne.

Pod względem uzębienia człowiek należy do typu diphyodontycznego, czyli że w ciągu swego życia ząbkuje dwukrotnie : pierwsze uzębienie jest niejako tymczasowe, nazywamy je mlecznem (dentes lactei), a drugie uzębienie jest trwałe (dentes permanentes).

Ze względów morfologicznych zęby dzielimy na siekacze (dentes incisivi), kły (dentes canini), przedtrzonowce (dentes praemolares) i trzonowce (dentes molares). Zęby są ułożone symetrycznie do linji środkowej ciała (linea sagittalis), w liczbie i rodzaju jednakowo w szczęce górnej i dolnej.

Uzębienie mleczne składa się z 20-tu zębów, czemu odpowiada wzór schematyczny:



Rys. 5. Zębina. (Münch 1931).
a — boczne odnogi kanalików zębinowych;
d — substancja podstawowa zębiny;
qu — poprzecznie uchwycone kanaliki zębinowe;
schr. — kanaliki zębinowe w szlifie ukośnym.

50+ 40+ 30+ 20+ 10+ +10 +20 +30 +40 +50
50— 40— 30— 20— 10— —10 —20 —30 —40 —50

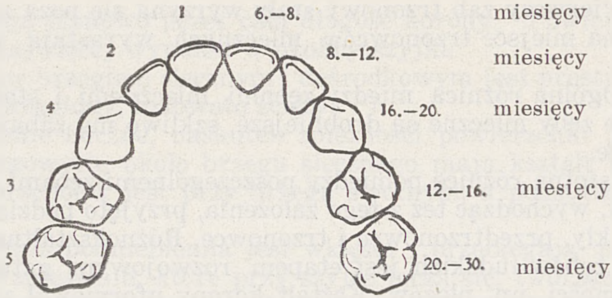
Zęby mleczne wyrzynają się w czasie pomiędzy 6-ym a 30-ym miesiącem życia.

Między 6-tym a 7-tym rokiem życia zęby mleczne wypadają i w tymże czasie wyrastają zęby trwałe, częściowo na miejscu mlecznych, częściowo w dalszych partjach dziąseł.

Do 6-go roku życia zęby mleczne są jedynem uzębieniem.

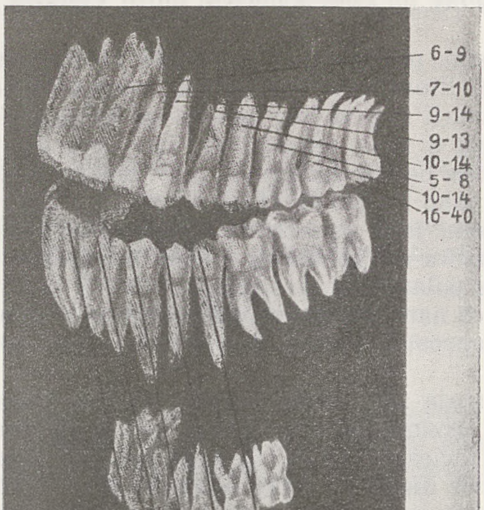
Bliższe szczegóły w sposób poglądowy przedstawia tablica wg. H. J. Tholuck'a (Die Behandlung der Milchzähne).

Poniższa tablica przedstawia okresy wyrzynania zębów trwałych wg. Müncha (Leitfaden für Phantomkurs der konservierenden Zahnheilkunde, rok 1930, str. 1).



Rys. 6. Normalna kolejność wyrzynania się zębów (z lewej strony) i średnie okresy wyrzynania się zębów mlecznych (z prawej strony). (Tholuck 1929).

Jak widać z porównania schematów, w uzębieniu mlecznem brak wogóle przedtrzonowców, a trzonowce są tylko po 2 z każdej strony szczęki górnej i dolnej.



Rys. 7. Uzębienie stałe, pod niem uzębienie mleczne. Prostopadłe linje przedstawiają okresy wyrzynania się zębów stałych na miejsce mlecznych. Liczby oznaczają okresy wyrzynania się poszczególnych zębów. (Münch 1930).

Pierwszy ząb trzonowy stały wyrzyna się poza zębami mlecznemi, a na miejsce trzonowców mlecznych wyrastają przedtrzonowce stałe.

Ogólna różnica między zębami mlecznemi i stałemi polega na tem, że zęby mleczne są drobniejsze, szkliwo ma zabarwienie niebiesko-białe.

Istotną różnicę pomiędzy poszczególnemi zębami stanowi kształt korony, wychodząc też z tego założenia, przyjęto podział zębów na siekacze, kły, przedtrzonowce i trzonowce. Różnokształtność (heterodontyzm) zębów ludzkich jest etapem rozwojowym gatunku, od jednokształtności, np. płazów. Kształt korony uformował się w zależności od zadań funkcjonalnych, których wymagał proces ewolucyjny. Tak więc dłutkowate siekacze służą do przecinania pokarmów, stożkowate kły mają za zadanie pokarm rozrywać, zaś o szerokich, guzowatych powierzchniach przedtrzonowce i trzonowce pokarm miażdżą i rozcinają. Ponieważ trzonowce wykonywają pracę najcięższą, są przeto najmasywniejsze i — w odróżnieniu od jednokorzeniowych kłów, siekaczy i przedtrzonowców — są wielokorzeniowe, t. zn. mają po 2, 3, a niekiedy 4 i więcej korzeni.

Przystępujemy do szczegółowego opisu kształtu poszczególnych zębów.

Do oznaczenia powierzchni i brzegów zębów przyjęto w lekarsko-dentystycznej literaturze szczególną nomenklaturę, która z nomenklaturą anatomji zwyczajnej zgadza się tylko częściowo.

Rozróżniamy w zębie płaszczyzny zwrócone ku twarzy i jamie ustnej. Ta pierwsza będzie oznaczona przy zębach przednich, t. j. siekaczach i kłach, jako wargowa (facies labialis), przy przedtrzonowcach i trzonowcach, jako policzkowa (facies buccalis). Przeciwległa powierzchnia nazywa się językową (facies lingualis), względnie podniebienną (facies palatina).

Tosamo, o co nam w tym wypadku chodzi, w anatomji zwyczajnej określa się poprostu obydwie powierzchnie jako zewnętrzną i wewnętrzną.

Następnie mają zęby powierzchnie styczne, które są w kontakcie z sąsiedniemi zębami: położona bliżej linji środkowej ciała nazywa się dośrodkową (facies mesialis), dalej zaś od linji środkowej ciała — odśrodkową (facies distalis). Przy ostatnim zębie trzonowym powierzchnia odśrodkowa jest wolna, a więc nie jest już ona powierzchnią styczną.

Zęby stałe.

1+ +1.

S i e k a c z c e n t r a l n y g ó r n y jest największy ze wszystkich siekaczy szczęki dolnej i górnej. Korona jego jest szeroka, kształtu łopatowatego. Od brzegu siecznego idą dwa płytkie rowki,

---

[1]) Oznaczenia wg. stenonomenklatury Haderipa.

które przebiegają pionowo przez całą długość korony. Powierzchnia wargowa jest najwięcej wypukła w okolicy szyjki.

Kąt między brzegiem siecznym i dośrodkowym jest prosty, a odśrodkowym zaokrąglony, łukowato ścięty.

Powierzchnie boczne, naskutek zbieżności powierzchni podniebiennych i wargowych, około brzegu siecznego mają kształt trójkąta, którego wierzchołek jest przy brzegu siecznym, a podstawa przy szyjce.

Powierzchnia podniebienna jest wklęsła i przebiegają po niej dwa wyraźne wzniesienia, które przy szyjce łączą się, tworząc t. zw. tuberculum dentale. Tuberculum dentale może miewać najrozmaitsze kształty, a więc może być pojedyńcze, bądź też dzielić się na dwa albo trzy mniejsze guzki.

Korzeń najczęściej kształtu stożkowatego i zwykle dłuższy niż korona. W przekroju korzeń ma kształt mniejwięcej owalny, spłaszczony w kierunku wargowo-podniebiennym.

Komora miazgowa jest przedłużeniem kanału korzeniowego i rozszerzona najbardziej w kierunku brzegu siecznego.

Według Mühlreiter'a przynależność zęba do prawej, czy też lewej strony należy rozpoznawać wg. 3-ch cech:

1) cecha krzywizny korzenia,
2) „ kąta zębowego,
3) „ korzenia.

1) Cecha krzywizny korzenia polega na tem, że wypukłość osi dośrodkowej zęba jest większa niż odśrodkowej.
2) Cecha kąta zębowego polega na tem, że bliższy osi ciała kąt brzegu siecznego jest ostrzejszy, a odśrodkowy bardziej rozwarty.
3) Cecha krzywizny korzenia polega na tem, że korzeń zęba jest zawsze zwrócony w tę stronę, po której leży.

2+ +2.

Górny boczny siekacz jest bardzo zbliżony do centralnego, lecz o wiele mniejszy. Korona jego jest wysmukła i w przeciwieństwie do swego sąsiada rzadko posiada brózdkowania na brzegu siecznym.

Obydwa kąty brzegu siecznego są zaokrąglone, przyczem kąt bliższy osi ciała jest ostrzejszy niż kąt dystalny.

Powierzchnia podniebienna jest o wiele więcej wklęsła niż siekacza centralnego i posiada bardziej wyraziste tuberculum dentale.

Korezń długi i cienki, spłaszczony od strony medjalno-dystalnej, w przekroju owalny. Kąt nachylenia między koroną a korzeniem jest większy niż przy siekaczu centralnym.

Co się zaś tyczy korony, to kształt jej jest analogiczny do pierwszego górnego siekacza.

Siekacze boczne są to zęby zanikowe i brak ich nie jest obecnie rzadkością.

1— —1.

S i e k a c z ś r o d k o w y d o l n y jest to ząb najmniejszy ze wszystkich siekaczy. Kształt korony dłutkowaty, o powierzchni wargowej lekko wypukłej.

Brzeg sieczny jest stosunkowo krótki i przechodzi tak od strony dystalnej, jak i medjalnej — pod kątem prostym.

Powierzchnie styczne mają kształt trójkątny, podobnie jak siekaczy górnych.

Korzeń jest spłaszczony w kierunku medjalno-dystalnym i takiżsam kształt ma kanał korzeniowy.

Niekiedy korzeń siekacza centralnego dolnego rozwidla się w obrębie rozszerzającej się części korzenia. Spotykamy również na korzeniu rowki, przebiegające równolegle do osi korzenia. Korzeń jest przechylony odśrodkowo. Komora ma takisam kształt, jak siekaczy górnych, lecz jest o wiele mniejsza.

2— —2.

S i e k a c z b o c z n y d o l n y jest większy od środkowego, a pozatem bardzo doń podobny. Zasadnicza różnica między siekaczem centralnym dolnym a bocznym jest ta, że siekacz dolny boczny ma brzeg odśrodkowy bardziej rozwarty.

3+ +3.

K i e ł g ó r n y ma powierzchnię wargową pięciokątną, której podstawa jest zwrócona ku dziąsłu, a tępy szczyt ku dołowi. Na powierzchni wargowej na brzegu siecznym znajduje się guzek. Powierzchnie boczne kła są asymetryczne. Medjalna jest krótsza i bardziej pozioma, dystalna dłuższa i przebiega przyszyjkowo stromo. Często przez środek powierzchni wargowej od brzegu guzka idzie listwa, która dzieli powierzchnię wargową na dwie części: środkową, bardziej wypukłą, i dystalną. Powierzchnia podniebienna jest naogół wgłębiona, lecz idą przez nią listwy szkliwne, przebiegające podłużnie, które niekiedy są tak mocne, że opanowują całą powierzchnię podniebienną. Listwy te kończą się przy szyjce wybitnym guzkiem t u b e r c u l u m d e n t a l e, które może mieć samoistne guzy. Odpowiednio do kształtu zęba punkty styczne po stronie medjalnej wypadają wyżej niż po stronie dystalnej.

Korzeń kła jest potężny, najdłuższy w ludzkiem uzębieniu, w przekroju owalny. Na obydwu powierzchniach bocznych korzenia występują wgłębienia. Korzeń, a szczególnie sam wierzchołek, jest pochylony ku stronie dystalnej.

4+ +4.

P r z e d t r z o n o w c e pierwsze górne taksamo jak i dolne, różnią się od dotychczas omówionych zębów jednokorzeniowych przez posiadanie powierzchni żujących, na których znajdują się po dwa guzy, z których policzkowy jest wyższy od podniebiennego.

Powierzchnia policzkowa jest podzielona przez przebiegającą bróżdę na dwie symetryczne części. Powierzchnia podniebienna jest tęższa i bardziej wypukła niż policzkowa. Guzki na powierzchni żującej są oddzielone od siebie bróżdą, idącą w kierunku medjalno-dystalnym, która nie przechodzi na powierzchnię styczną ani medjalnie, ani dystalnie.

Niekiedy po stronie policzkowej i podniebiennej przechodzą dwa płytkie rowki, z których podniebienny jest wyraźniejszy niż policzkowy. Rowek ten może niekiedy przechodzić przez dystalny brzeg guzka policzkowego i tworzyć w ten sposób trzeci dodatkowy guzek.

Korzeń jest spłaszczony i w połowie (a niekiedy przy wierzchołku) dzieli się na dwa korzenie. Bywa i tak, że korzeń w całej swej długości jest rozdwojony. Przy rozdwojonych korzeniach może wystąpić wyraźna różnica pomiędzy niemi. Krzywizna korzeni zaznacza się wyraźnie ku stronie dystalnej.

Komora miazgowa odpowiednio do powierzchni żującej, na której znajdują się dwa guzki, policzkowy i podniebienny, posiada dwie wypustki. Gdy nawet korzeń jest pojedyńczy, to zwykle posiada dwa kanały, a rzadko jeden.

5+ +5.

P r z e d t r z o n o w i e c d r u g i g ó r n y jest mniejszy od pierwszego, a pozatem tylko nieznacznie różnią się między sobą. O ile przy pierwszym przedtrzonowcu guzek policzkowy jest wyższy niż podniebienny, to przy przedtrzonowcu drugim górnym obydwa guzki są prawie równe.

Korzeń przeważnie pojedyńczy, lecz bardzo zbróżdżony. Niekiedy korzeń na początku rozdwaja się, a przy wierzchołku łączy. Czasami korzenie bywają podwójne na całej przestrzeni.

Komora uformowana taksamo jak przy pierwszym przedtrzonowcu i wysyła do korzenia pojedyńczy, zwężający się kanał, który od strony medjalnej ku dystalnej jest spłaszczony.

4— —4.

Powierzchnia żująca pierwszego d o l n e g o p r z e d t r z o n o w c a ma kształt kolisty i znajdują się na niej dwa guzki: policzkowy i językowy. Powierzchnia policzkowa wyraźnie przechyla się ku stronie językowej, w przeciwieństwie do osi podłużnej zęba.

Powierzchnia językowa jest znacznie niższa. Oba guzki połączone są wyraźnym grzebieniem, a w miejscu bróżdy międzyguzkowej znajduje się często na grzebieniu tym siodełkowata wklęsłość.

Powierzchnie styczne są obydwie wypukłe. Największa wypukłość na powierzchni medjalnej jest bliżej powierzchni żującej, aby był możliwy punkt styczny z kłem. Zdarza się niekiedy, że od tych wypukłości rozchodzą się, tak ku stronie policzkowej jak i podniebiennej, płytkie brózdy, które rozdzielają guzek, zarówno policzkowy jak i językowy, na dwa małe guzki. Guzek lingwalno-dystalny może być tak duży, że powstaje ząb typu trójguzowego.

Korzeń przeważnie pojedyńczy, kształtu stożkowatego, lecz nie wykluczone, że może się przy końcu rozwidlać. Przez korzeń od stron stycznych przebiegają rowki, z których medjalny jest głębszy i może spowodować rozdwojenie się korzenia.

Komora znacznie mniejsza niż w zębach górnych, jest zwykłem rozszerzeniem się miazgi koronowej i kończy się wypukłością, która odpowiada guzkowi policzkowemu.

5— —5.

Korona drugiego dolnego przedtrzonowca jest większa niż pierwszego. Guzki policzkowy i podniebienny są prawie równe.

Od brózdy międzyguzkowej mogą iść dwa płytkie rowki, które powodują utworzenie się dwóch ubocznych guzków przy guzie policzkowym, gdyż dochodzą aż do bukalnego brzegu powierzchni żującej. Analogiczny wypadek może zajść i przy guzie językowym.

Tak więc z zęba dwuguzowego, przez przebieg tych rowków, może powstać typ zęba wieloguzowego z jednym korzeniem stożkowatym, który w przekroju jest wyraźnie okrągły.

Komora, większa niż przy pierwszym dolnym przedtrzonowcu. kończy się dwoma rogami: większym — policzkowym i mniejszym — językowym.

6+ +6.

Pierwszy ząb trzonowy górny. Jest to największy ząb ze wszystkich zębów trzonowych, z powierzchnią żującą kształtu romboidalnego, na której znajdują się cztery guzki, z których dwa leżą po stronie policzkowej i dwa po stronie podniebiennej.

Guzy bywają rozdzielone przez rowek w kształcie litery H. Obydwa guzy bukalne są prawie równe, a częściej bywa tak, że policzkowy-medjalny jest wyższy od dystalnego. Z guzów podniebiennych medjalny jest nietylko większy od dystalnego, lecz jest w ogólności największym guzem wszystkich zębów.

Prócz wyżej wymienionych guzów występuje dość często na tym zębie piąty dodatkowy guzek, leżący na powierzchni środkowego guza podniebiennego i oddziela się odeń łukowatą brózdą. Guzek ten, zwany tuberculum Carabelli, jest zazwyczaj mały i nie dosięga powierzchni żującej.

Powierzchnia policzkowa ma w przybliżeniu kształt kwadratu i często przechodzi przez jej powierzchnię koronową rowek, idący po-

między obydwoma guzami policzkowemi. Co się zaś tyczy powierzchni językowej, to ta jest nieco węższa niż policzkowa. Powierzchnie styczne są wypukłe, a zwłaszcza dystalna. Największa wypukłość zaznacza się blisko brzegu żującego i tworzy punkt styczny z zębem sąsiadującym.

Ząb ten ma trzy korzenie: dwa policzkowe i jeden podniebienny. Podniebienny korzeń jest dłuższy niż dwa policzkowe, w przekroju okrągły i przebiega przezeń rowek po stronie podniebiennej. Odpowiednio do położenia trzech korzeni, znajdują się lejkowate ujścia do trzech kanałów.

Korzenie policzkowe są spłaszczone w kierunku medjalno-dystalnym i końcami zwrócone ku sobie. Policzkowy medjalny zawsze jest dłuższy i szerszy niż dystalny. Bardzo często korzeń policzkowy medjalny w części przylegającej do korony dzieli się na dwie części.

Komora miazgowa jest odpowiednio duża do kształtu zęba, prawie całkowicie położona w podstawie; posiada wypukłości skierowane ku powierzchni żującej.

7+ +7.

D r u g i g ó r n y z ą b t r z o n o w y jest albo powtórzeniem kształtu pierwszego trzonowca, albo nieco odmienny. Ząb ten może mieć kształt korony zmienny, od pięcioguzkowej formy o dodatkowym guzku t u b e r c u l u m C a r a b e l l i aż do trójguzowej formy.

Typ trójguzowy występuje przez zanik guzka podniebienno-dystalnego.

Przy zmiennej formie czteroguzowej korona, wydłużona w kierunku medjalno-dystalnym, a węższa od strony policzkowo-podniebiennej, jest bardzo przesunięta w kierunku dystalnym, a wskutek tego korona zęba jest mniejsza i mniej regularna.

,Przy drugim górnym zębie trzonowym występuje często połączenie korzenia policzkowego medjalnego z dystalnym, w przeciwieństwie do I-go górnego, w którym częściej łączą się korzenie policzkowy dystalny z podniebiennym.

Przy formie czteroguzowej korzenie i kanały odpowiadają w zupełności kształtowi i wielkości pierwszego górnego trzonowca, lecz są nieco cieńsze.

Przy formie trójguzowej przekrój miazgi koronowej jest trójkątny i znajdują się trzy wypustki miazgowe.

8+ +8.

T r z e c i g ó r n y z ą b t r z o n o w y, czyli ząb mądrości, jest największym i o najróżnorodniejszych kształtach zębem ludzkiego uzębienia.

Może być kształtu trójguzowego z dwoma guzami policzkowemi i jednym podniebiennym, jak również i formy czteroguzowej. Częstą jest forma redukcyjna, przy której ząb mądrości staje się tworem pojedyńczym w kształcie pieńka, albo nie rozwija się wcale. Formy re-

dukcyjne wykazują zmienność od wielokształtności guzków aż do jednoguzowej formy.

Liczba korzeni jest zmienna od 1-go do 4-ch i więcej. Częściej zdarza się połączenie kilku korzeni w jeden nieregularny stożkowaty.

Podobnie zmienia się kształt miazgi i liczba kanałów, które przeważnie redukują się do 2-ch, a w poszczególnych wypadkach do jednego.

6— —6.

P i e r w s z y d o l n y z ą b t r z o n o w y ma kształt korony prostokątny, z czterema guzami na powierzchni żującej, z których dwa przypadają na stronę policzkową, a dwa na językową. W przeważającej części przypadków ta forma czteroguzowa zmienia się na pięcioguzkową przez pojawienie się piątego guzka na policzkowej połowie dystalnej powierzchni.

Brózda międzyguzkowa ma kształt krzyża, o jednem ramieniu w kierunku policzkowo-językowym, a drugiem w kierunku medjalno-dystalnym. Obydwa guzki językowe leżą naprzeciwko policzkowych. W przekroju policzkowe guzki są nieco większe od językowych, lecz niższe niż obydwa językowe. Policzkowa powierzchnia jest w przybliżeniu kwadratowa i przechodzi bardzo okrągło w dystalną powierzchnię. Brózda policzkowo-językowa przechodzi na powierzchnię policzkową i ciągnie się mniej więcej do środka jej wysokości, kończąc się dołowatem wgłębieniem, t. zw. f o r a m e n c a e c u m. F o r a m e n c a e c u m jest miejscem predylekcyjnem próchnicy. Językowa powierzchnia wypukła; z obydwu stycznych powierzchni dystalna jest bardziej wypukła niż medjalna.

Korzenie ma dwa: jeden bliższy osi ciała, bardziej rozwinięty i mocniej zakrzywiony, a drugi dalszy osi ciała, mniej rozwinięty i zakrzywiony w kierunku dystalnym.

Obydwa korzenie są spłaszczone z boków i występują na nich rowki, głębsze na powierzchniach medjalnych.

Komora miazgowa w przybliżeniu ma kształt sześcianu, z wypustkami odpowiadającemi ilości guzów na powierzchni żującej. Na medjalnym i dystalnym brzegu dna znajdują się wejścia do kanałów. Dystalny korzeń zawiera pojedyńczy kanał dość szeroki, a medjalny— dwa węższe, które mają ujścia w policzkowo-medjalnym i językowo-medjalnym kącie dna. Czasem ząb ten może mieć trzeci korzeń.

7— —7.

Powierzchnia żująca d r u g i e g o d o l n e g o t r z o n o w c a jest prawie kwadratowa i znajdują się na niej cztery guzki, z których dwa przypadają na stronę policzkową i dwa na językową.

Brózda międzyguzkowa jest w kształcie krzyża. Brózda policzkowo-językowa, taksamo jak przy pierwszym dolnym trzonowcu, przechodzi na powierzchnię policzkową prawie do połowy korony, tworząc f o r a m e n c a e c u m.

Korzenie i komora są takiesame jak przy pierwszym dolnym trzonowcu.

8— —8.

D o l n y z ą b m ą d r o ś c i jest kształtu mniej zmiennego niż górny. Mniejszy od górnego, lecz posiada 5—6—7 guzków, a już najmniej 2. Liczba korzeni różna, lecz przeważnie 2, a niekiedy jeden stożkowaty korzeń.

Co się zaś tyczy komory miazgowej, to ta odpowiada ściśle kształtowi zęba. Na dnie komory znajdują się ujścia kanałów korzeniowych, których liczba jest zmienna w zależności od ilości korzeni.

Zęby mleczne.

Siekacze nie różnią się prawie od stałych, z tą tylko różnicą, że są mniej regularne, mniejsze, krótsze i szersze.

10+ +10.

S i e k a c z e g ó r n e ś r o d k o w e. Powierzchnia wargowa szeroka, łopatowata i przy szyjce jakby nabrzmiała, która to właściwość zdarza się prawie przy wszystkich zębach mlecznych.

Powierzchnia jęykowa wklęsła z wyraźnem t u b e r c u l u m d e n t a l e. Korzeń w kształcie stożka, spłaszczony w kierunku policzkowo-językowym i skierowany dystalnie. Powierzchnie styczne w kształcie trójkąta, z których medjalna przebiega pod kątem prawie prostym, a dystalna jest zaokrąglona.

20+ +20.

B o c z n y s i e k a c z m l e c z n y jest kształtem bardzo podobny do siekacza górnego bocznego stałego. Jak w uzębieniu stałem, tak i w mlecznem — boczny siekacz jest mniejszy od środkowego i ma obydwa kąty brzegu siecznego zaokrąglone. Korzeń stożkowaty, mniejszy od centralnego.

10— —10.

20— —20.

S i e k a c z e ś r o d k o w e i b o c z n e d o l n e. Jak w uzębieniu stałem, tak i mlecznem, siekacze boczne dolnej szczęki są większe niż środkowe.

Przy zębach mlecznych ta różnica w wielkości zaznacza się silniej. Powierzchnie boczne korzeni obydwu siekaczy dolnych mlecznych są spłaszczone, tak że korzeń siekacza mlecznego środkowego jest w przekroju prawie okrągły. Co się tyczy siekacza bocznego, to bardzo wyraźnie zaznacza się zaokrąglenie kąta dystalnego i przez to upodabnia się bardzo do siekacza bocznego stałego.

30+ +30.

W k ł a c h m l e c z n y c h górnych korona jest szersza niż w stałych i to powoduje mniejszą foremność. Powierzchnie styczne są asymetryczne, lecz ich stosunek w kłach mlecznych jest odwrotny niż w kłach stałych.

Medjalna powierzchnia jest dłuższa i bardziej stroma, dystalna krótsza i bardziej pozioma.

Powierzchnia wargowa jest wypukła i bardzo zgrubiała przy brzegu przyszyjkowym. Językowa powierzchnia wklęsła, z silnie zaznaczonym t u b e r c u l u m d e n t a l e.

Korzeń w przekroju trochę trójkątny, a to wskutek tego, że powierzchnie: wargowa, środkowo-językowa i odśrodkowo-językowa przechodzą jedna w drugą silnie zaokrąglone.

30— —30.

D o l n y k i e ł m l e c z n y tem się różni od górnego, że korona jego jest słabiej rozwinięta, a szczególnie powierzchnia podniebienna.

40+ +40.

P i e r w s z y t r z o n o w i e c m l e c z n y, tak górny jak i dolny, nie da się porównać z żadnym zębem trzonowym stałym ani mlecznym, gdyż jest to ząb typowy.

Powierzchnia żująca jest w kształcie trapezu, podzielona w kierunku podłużnym na dwa ostre grzbiety, jeden policzkowy a drugi językowy. Korona jest silnie zwężona od strony językowej. Każdy z tych grzbietów posiada guzki. Na grzbiecie podniebiennym zaznacza się wyraźnie guzek w kształcie stożka, na grzbiecie policzkowym mogą powstać boczne guzki.

Powierzchnia policzkowa medjalnie jest dłuższa niż dystalnie i cały jej brzeg przyszyjkowy medjalny jest bardziej wypukły i to może spowodować utworzenie się guzka kształtu półokrągłego, który nazywamy t u b e r c u l u m m o l a r e.

Korzenie trzy, podobnie ukształtowane i ułożone jak przy trzonowcach stałych. Często między korzeniami leży zawiązek I-go stałego przedtrzonowca. Często występuje połączenie korzenia podniebiennego z dystalnym policzkowym.

40— —40.

Powierzchnia żująca p i e r w s z e g o d o l n e g o t r z o n o w c a ma w przybliżeniu kształt elipsy i znajduje się na niej pięć guzków, z których dwa przypadają na stronę językową i trzy na policzkową.

Guzek policzkowy medjalny jest wyższy niż dystalny. Na powierzchni językowej guzek dystalny jest słabszy niż medjalny.

Powierzchnia styczna medjalna jest wyższa niż dystalna, a to spowodu wznoszących się guzków, z których policzkowy medjalny jest wyższy niż dystalny. Powierzchnia policzkowa, podobnie jak przy pier-

wszym górnym mlecznym trzonowcu, jest wyższa medjalnie i wskutek tego powierzchnia językowa jest zwężona.

Korzenie dwa: medjalny i dystalny, zawierają często pomiędzy sobą zawiązek pierwszego stałego przedtrzonowca dolnego. Korzenie bywają często powyginane, co może być bardzo niebezpieczne dla znajdującego się między niemi zawiązku zęba stałego, który przy ekstrakcji zęba mlecznego może być razem z nim usunięty.

Medjalny korzeń jest znacznie dłuższy i szerszy niż dystalny i niekiedy rozwidla się na dwa korzenie.

50+ +50.

D r u g i t r z o n o w i e c m l e c z n y jest bardzo podobny do pierwszego stałego trzonowca. Na jego powierzchni żującej znajduje się pięć guzków, łącznie z t u b e r c u l u m C a r a b e l l i, które występuje częściej niż przy stałych trzonowcach. Jedyną bodaj różnicą jest to, że powierzchnia policzkowa jest bardziej wypukła, nie posiada jednak t u b e r c u l u m m o l a r e.

Pozatem korzenie w liczbie, kształcie i położeniu, są takiesame, jak przy I-szym stałym trzonowcu. Korzeń policzkowy dystalny zrasta się często z podniebiennym.

50— —50.

D o l n y t r z o n o w i e c d r u g i również upodabnia się do pierwszego stałego trzonowca, jest prawie zawsze pięcioguzkowy, z których trzy przypadają na stronę policzkową, a dwa na językową.

Drugi ząb trzonowy mleczny różni się od pierwszego trzonowego stałego tem, że powierzchnia policzkowa w okolicy przyszyjkowej jest bardzo wypukła.

Korzenie dwa: jeden medjalny a drugi dystalny, które rozchodzą się silniej niż przy pierwszym stałym trzonowcu. Korzeń medjalny jest szeroki i często rozwidla się.

(dalszy ciąg nastąpi)

———o———

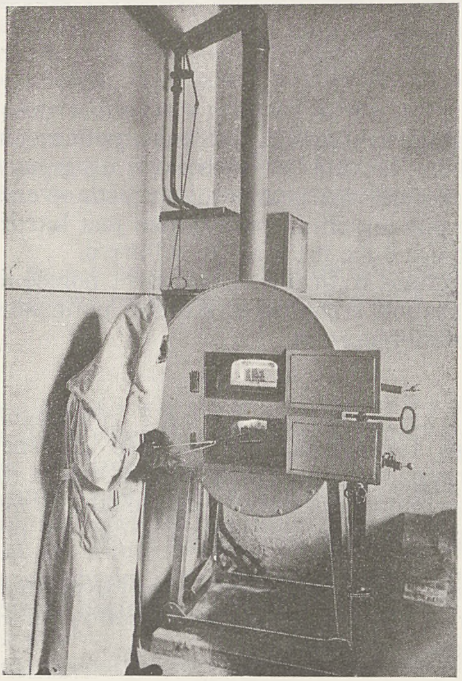
Lek. dent. JULJUSZ KONSTANTIN. *Warszawa.*
St. asyst. Kliniki Dent. Zach. A. S.

Wrażenia z wycieczki do fabryki S. A. „Boryszew".

Wiemy wszyscy dobrze, jakie znaczenie posiadają w naszej pracy materjały służące do wypełnienia ubytków w zębach. Od jakości stosowanych cementów zależy trwałość wypełnienia oraz utrzymanie protez stałych w jamie ustnej. Do niedawna stosowane przez nas cementy były wyłącznie zagranicznego pochodzenia. Ostatnio szereg krajowych fabryk podjęło produkcję cementów dentystycznych. Że uniezależnienie dentystyki polskiej od produktów zagranicznych jest rzeczą pożądaną, tego nie trzeba chyba podkreślać. Możnaby nawet zaryzykować twierdzenie, iż krajowa produkcja cementów jest dla nas,

lekarzy dentystów polskich, niezbędna. Skoro bowiem będziemy i w tej dziedzinie samowystarczalni, możemy być pewni, że ewentualna niemożliwość dowozu, nie pozbawi nas niezbędnych, w naszej pracy, środków pomocniczych.

Ostatnio Profesorowie oraz asystenci Akademji Stomatologicznej mieli możność zwiedzić jedną z większych fabryk cementów dentystycznych w Polsce.



Rys. 1. Piec muflowy.

Z inicjatywy bowiem p. prof. Dr. W. Cybulskiego odbyła się w dniu 25. stycznia r. b. wycieczka do Zakładów Przemysłowych „Boryszew" w Sochaczewie. W wycieczce tej wzięli udział pp. prof. prof. W. Cybulski, K. Szepelski i M. Zeńczak oraz prawie wszyscy asystenci Akademji Stomatologicznej.

Uczestnicy wycieczki zostali szczegółowo poinformowani przez pp. Dyr. Kniażykowskiego, inż. M. Gogolewskiego oraz p. R. Auderskiego, kierownika „Alro" o sposobach fabrykacji cementów.

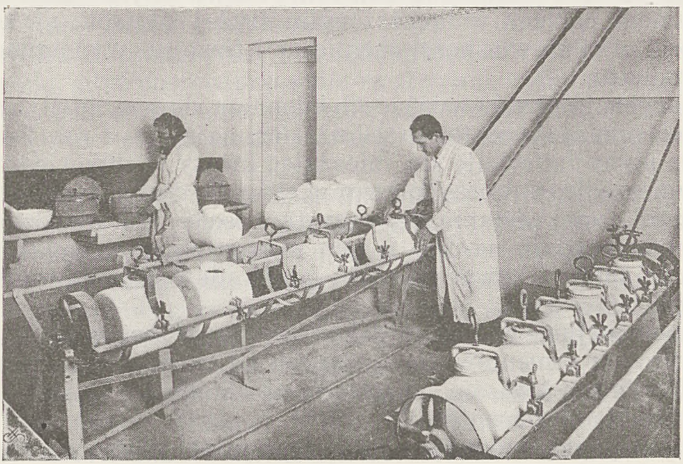
Firma „Boryszew" produkuje, jak wiadomo, cementy krzemowe, krzemo-fosfatowe i fosfatowe jak „Borygo", „„Molarit", „Borylit" i inne.

Proces wytwarzania cementów dentystycznych w prawdziwie dobrym gatunku, wolnych od domieszek i zanieczyszczeń, jest długotrwa-

ły i trudny, to też opis tego, co uczestnicy wycieczki oglądali, odda tylko w małym stopniu istotny stan rzeczy.

Pracą podstawową jest otrzymywanie surowców drogą syntetyczną, a względnie ich oczyszczanie. Ilość zabiegów, potrzebnych do wytwarzania cementów krzemowych i krzemo-fosfatowych jest znacznie większa, niż przy fabrykacji cementów fosfatowych.

Proces oczyszczania każdego surowca polega na rozpuszczeniu w wodzie lub kwasach w butlach 10 ltr. oczyszczanego preparatu, który następnie filtruje się pod próżnią w wielkich kamionkowych filtrach próżniowych, po strąceniu odpowiednim odczynnikiem.



Rys. 2. Młynki.

Po przemyciu osad z filtrów zbiera się w tacach emaljowanych i suszy w specjalnej suszarni od 12 do 36 godzin, zależnie od rodzaju materjału. Po wysuszeniu i zanalizowaniu w laboratorjum, surowce miesza się i miele w specjalnych młynkach kulowych od kilku godzin do kilku dni, aż do uzyskania jednorodnej mieszaniny.

Dalszy proces fabrykacji polega na wypalaniu lub stopieniu otrzymanej mieszaniny, zależnie od gatunku cementu.

Składniki cementów krzemowych topi się w b. wysokiej temperaturze, przekraczającej 2.000^{0} w piecach, opalanych ropą naftową, wtryskiwaną pod ciśnieniem.

Po przetopieniu otrzymuje się szereg półfabrykatów, z których jedne są przezroczyste jak szkło i nadzwyczaj twarde, inne mają kolor opalu. Stopy te są mieszaniną krzemianów ziem alkalicznych, podczas gdy wyprażone w niższej temperaturze składniki cementów fosfatowych są mieszaniną tlenków metali z dodatkiem krzemianów.

Po procesie przetopienia następuje powtórne długotrwałe mielenie, poczem otrzymane produkty odsiewa się przez specjalne sita, przepuszczające ziarna o średnicy 1 do 5 mikronów. Przy tej czynno-

ści robotnicy są zaopatrzeni w maski, podobne do gazowych, w celu zabezpieczenia dróg oddechowych, a z drugiej strony materjału przed wydzielinami oddechowemi.

Po odsianiu miesza się odpowiednie półprodukty ze sobą w specjalnych mieszadłach, przyczem zaznaczyć należy, że niektóre cementy składają się z około 30 różnych składników.

Barwienie jest również ciekawym procesem, gdyż fabryka nie stosuje ogólnie przyjętych materjałów barwiących, których wadą jest zmiana barwy plomby po pewnym czasie, lecz większość barwników produkuje sama według oryginalnych przepisów. Zmieszany, zabarwiony cement podlega w laboratorjum ścisłej kontroli, na szybkość krzepnięcia oraz na własności chemiczne i fizyczne, wymagane od dobrego produktu.

Fabrykacja płynów wiążących odznacza się tem, że płyny te, jak stare wino, muszą się odstać przed użyciem najmniej 1 rok. Zaznaczyć trzeba, że płyny fabrykuje się, mieszając kwasy w odpowiednio urządzonem mieszadle, a proces mieszania trwa do dwóch tygodni. Dzięki długiemu okresowi odstania się, wszystkie osady, które wydziela przesycony płyn, opadają na dno, a tem samem płyny w zapakowanych porcjach są czyste i nawet po wielu latach nie wykazują osadów, czy zmętnienia.

Laboratorjum, w którem dokonuje się ciekawych badań surowców i gotowych cementów, polegających na określaniu koncentracji jonów H, wolnych kwasów, odporności na alkalja i t. d. jest osobnym działem produkcji cementów.

Ostatnią fazą produkcji jest doprażanie gotowego materjału w piecykach elektrycznych oraz pakowanie.

* *
*

Po zwiedzeniu fabryki Zarząd S. A. „Boryszew“ podejmował uczestników wycieczki obiadem. W imieniu gospodarzy przemawiali pp. Dyr. Kniażykowski i kierownik firmy „Abro“ p. R. Auderski. Przedstawiciele fabryki zwrócili się do uczestników z prośbą o życzliwą współpracę w zakresie oceny i rzeczowej krytyki, podkreślając, że takie ustosunkowanie się Akademji Stomatologicznej do krajowej produkcji, pozwoli na dalsze doskonalenie polskich cementów.

W imieniu gości dwukrotnie zabierał głos p. prof. dr. Marjan Zeńczak, który w przemówieniach swych stwierdził postępy w zakresie fabrykacji cementów dentystycznych, osiągniętych przez firmę „Boryszew“.

Ponadto przemawiali, podkreślając znaczenie rozwoju rodzimego przemysłu i, życząc fabryce dalszych owocnych sukcesów, w imieniu asystentów pp. lek. dent. Stefan Grzybowski i Juljusz Konstantin.

Wycieczka do „Boryszewa“ przekonała nas, że przemysł krajowy, dzięki zastosowaniu najnowszych zdobyczy nauki, osiągnął poważne rezultaty w dziedzinie produkcji cementów dentystycznych.

———o———

ZJAZDY.

Prof. Dr. ALFRED MEISSNER. *Warszawa.*

Zjazd chirurgów Małej Ententy 15—20 grudnia 1935. Bukareszt.

W dniach 15—20 grudnia 1935 r. w Bukareszcie odbył się Zjazd Chirurgów Rumunji oraz Małej Ententy pod przewodnictwem p. Prof. Gerota. Brali w nim udział chirurdzy rumuńscy, jugosłowiańscy, chirurdzy Małej Ententy i Wiednia.

Zjazd zorganizowany był nadzwyczaj starannie, a trudności były niemałe, gdyż postawiono sobie za zadanie, ażeby główny nacisk położyć na demonstrowanie zabiegów chirurgicznych, wykonywanych przez wybitne miejscowe siły, oraz przez specjalnie zaproszonych gości.

To też w ciągu wszystkich dni Zjazdu, godziny przedpołudniowe poświęcone były li tylko zabiegom operacyjnym, popołudnia zaś przeznaczone zostały na referaty i dyskusje, które się odbywały w sali wykładowej Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Bukareszcie.

Z prawdziwym podziwem można było śledzić zabiegi operacyjne prowadzone przez Prof. Prof. Dr. Dr. Balacescu, Jiacubowici, Iiano, Nasta, Cristide, Gerota, Min. Angelescu i in.

Z Polski, dokąd rozesłano kilka zaproszeń, na Zjazd przybył Prof. Dr. Alfred Meissner Kierownik Kliniki Chirurgji Stomatologicznej Akademji Stomatologicznej w Warszawie w towarzystwie adjunkta swego p. Z. Wejroch celem demonstrowania operacji z dziedziny chirurgji jamy ustnej.

W drugim dniu Zjazdu, w nowowybudowanej, luksusowo urządzonej sali operacyjnej Uniwersyteckiej Kliniki Dziecięcej na oddziele Prof. Balacescu, Prof. Meissner miał zaszczyt dokonać operacji rozczepu podniebienia t. zw. uranoplastyki, w obecności Dziekana Wydziału Lekarskiego Prof. Dr. Balacescu, Prof. Dr. Jiano i innych.

Pozatem na prośbę przedstawiciela Chirurgji Stomatologicznej Dr. Dan Theodorescu, Prof. Meissner dokonał operację częściowej rezekcji górnej szczęki.

Przyjęcie gości ze strony gospodarzy było nad wyraz serdeczne. Ze specjalnemi względami honorowano przedstawiciela Polski. Niejednokrotnie w rozmowach można było się spotkać z wyrazami uznania dla poziomu medycyny w Polsce oraz z chęcią ścisłej współpracy z przedstawicielami nauki polskiej celem utworzenia ośrodka naukowego chirurgicznego w Europie Wschodniej.

W pierwszym dniu Zjazdu uczestnicy mieli możność zapoznania się na Raucie u p. Prezydenta Zjazdu Prof. Dr. Gerota. Zjazd zakończył się bankietem w Hotelu Amerykańskim.

Zwiedzając Zakłady naukowe i Instytuty wydziału lekarskiego Uniwersytetu Bukareszteńskiego, uczestnicy mogli podziwiać organizację i tempo w tychże zakładach.

Specjalny zachwyt budził swojemi zbiorami Zakład Anatomji, gdzie jego kierownik, Prof. Reiner, całą duszą oddany nauce, zdołał zebrać i opracować nadzwyczajną ilość preparatów. W podziw wprowadzał widza zbiór kilkutysięczny czaszek z dokładnemi opisami co do pochodzenia, wymiarów, budowy i t. d.

Innego rodzaju podziw wywołał Zakład Bakterjologji i Serologji wytężoną pracą nad zwalczaniem chorób zakaźnych, gdzie znajduje się również główny ośrodek walki z gruźlicą.

Rumunja jest podobno poza Francją jedynem państwem w Europie, które systematycznie przeprowadza szczepienie gruźlicy, podobno znajduje się w niej przeszło 300.000 dzieci szczepionych i znajdujących się pod stałą kontrolą lekarską.

Instytut Stomatologiczny, który mieliśmy sposobność zwiedzić, mieści się przy jednym ze szpitali w śródmieściu Bukaresztu.

Instytut składa się z trzech oddziałów: a) chirurgji stomatologicznej, b) dentystyki zachowawczej, c) protetyki z ortodoncją, wzorowany na podobnych zakładach zagranicznych.

Oddział chirurgji stomatologicznej dotychczas zorganizowany dla ambulatoryjnie chorych, w ostatnim czasie został rozszerzony o oddział dla leżących chorych z 15-ma łóżkami.

Oddział Dentystyki Zachowawczej jest umieszczony w większej sali z kompletnem nowoczesnem urządzeniem.

Oddział Protetyki dentystycznej posiada kilka sal, zorganizowany na wzór odpowiednich oddziałów.

Każdy Oddział ma swego kierownika i asystentów. Słuchaczami Instytutu są absolwenci wydziału lekarskiego.

Bukareszt, jako miasto, pozostawił po sobie nadwyraz miłe wrażenie stolicy europejskiej.

———o———

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademji Stomatologicznej w Warszawie.
Kierownik: Prof. Dr. H. WILGA.

Doc. Dr. med. KONRAD SZEPELSKI.
Adjunkt Kliniki. *Warszawa.*

II Międzynarodowy Zjazd Stomatologiczny w Bologn'i.

(A. S. I. — Kwiecień 1935).

(Ciąg dalszy)

Sala B. Sekcja chirurgji jamy ustnej i szczęk.

Przewodniczą: Carreras (Piza), Coen-Cagli (Rzym), Dumitras (Bukaresti), Ribolla-Nibodemi (Palermo), Saraval (Wenecja).

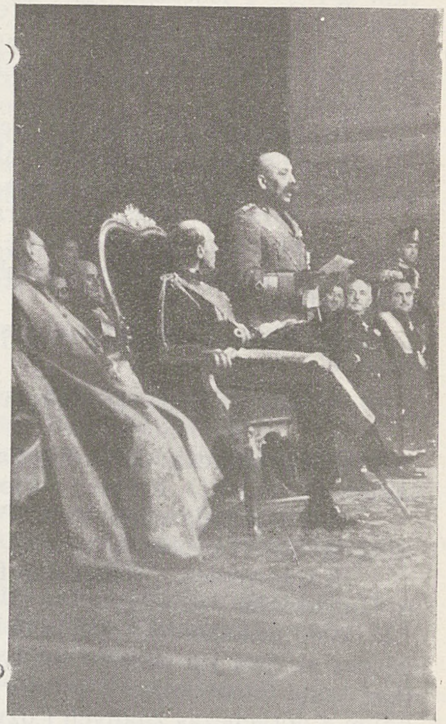
Sekretarzują: Burrnano, Cantatore, Maccaferri.

Komunikaty wygłosili:

1. Sanvenerro-Rosseli. Divisione palatina e sua eura chirurgica.



Rys. 6.
Kardynał Bologn‘i Duca di Genova. Min. Oświaty.



Rys. 7.
Przemówienie Min. Oświaty.



Rys. 8.
Otwarcie wystawy.

2. Maccaferri. Contributto clinico allo studio delle osteiti ematogene della ossa mascellari.

3. Cantatore. Ipotesi sull'eziologja dei tumori mascellari.

4. Burrnano. Modificazioni apportate sulla secrezione sallivare dai trappianti totali eterogeni nelle estese interruzioni dei grandi vasi arteriosi.

5. Maccaferri. Sopra un caso di odontoma della mandibola.

6. D'Alise M. Contriauto allo studio del neuroma.

Sekcja schorzeń okołozębia.

1. Saraval. L'emocrinoterapia nelle paradentosi.

2. Ferraro. Paradentosi e protesi.

3. Giacosa. Studio microsbopico dei cappillari in rapporto alla paradentosi.

4. Masi. Contributo allo studio della gengiva nella piorrea alveolare.

Sala C. Sekcja protez i chirurgji.

Przewodniczą: Erte (Budapest), Kantorowicz (Istambul), Salamon (Budapest), Spitzer (Wiedeń), Szturm (Balatonfüred).

Sekretarzują: Bonyhard, Pollaco, Varga.

W sekcji protetyki wykład wygłaszają:

Kantorowicz. „Ueber den festen Sitz ganzer Prothesen im Ober u. Unterkiefer.

W/g prelegenta kwestja dobrego umocowania protezy w szczęce górnej nie jest już obecnie żadnym problematem,—jednak można spotkać takie górne szczęki, w których nie da się umocować protez żadnym z dotychczas znanych i używanych sposobów.

Najczęściej zdarza się to wtedy, gdy pacjent się śmieje, względnie unosi nadzwyczaj wysoko policzki. Dzieje się to dlatego, że przestrzeń okołoguzowa (pomiędzy guzem szczęki, a policzkiem) jest dość dużą i waha się w granicach kilku milimetrów do 1 centymetra. Odpowiednie wypełnienie tej przestrzeni usuwa zwykle ten defekt. Podobnie postępujemy z dolną szczęką stosując, podkład.

Major. „Zur Statik der abnehmbaren Prothesen".

Autor dzieli protezy zależnie od fundamentów, na których one się opierają, a mianowicie:

1. obciążające zęby,
2. obciążające błonę śluzową,
3. kombinowane (zęby i błona śluzowa).

Z punktu widzenia statyki i funkcji autor uważa za najlepsze protezy obciążające zęby.

Naturalnie nie należy przypuszczać, że tylko punkt widzenia fizyczny ma tutaj znaczenie rozstrzygające.

Bonyhard. „Theorie u. Praxis der Bonyhard-klammer".

Klamry Bonyhard'a mają służyć do umocowania częściowych ruchomych dostawek w obrębie przednich zębów są one podobne do kla-

mer Budlong'a, jednak różnią się od nich zasadniczo. Klamry Bonyhard'a są robione z drutu złoto-platynowego grubości 1 — 1½ mm i składają się z dwóch ramion: jedno odchodzi od górnego wzgl. dolnego przedsionkowego brzegu dostawki w odległości 1½ — 2 mm od filaru i przebiega odpowiednio do linji śluzówki, ale nie dotykając jej nigdzie, wreszcie doszedłszy do filaru zagina się pod prostym kątem wdół lub wgórę, zachodząc na ząb i kończąc się kulką lub płytką w odległości 1 — 2 mm od brzegu dziąsła w linji środkowej zęba. Podobnie przebiega i drugie ramię klamry tylko po wewnętrznej powierzchni zęba.

Ew. próchnicę, która mogłaby powstać na miejscu styku kulkowatego lub płytkowatego zakończenia klamry, leczymy drogą złotej wkładki.

Z dodatnich stron tych klamer należy podnieść bardzo słabe obciążenie zęba.

Varga. „Die modernen Klammern und ihre Indikationsstellung".

Szenthe. „Die Nebenwirkung der Bisshebeplatten".

Novay. „A cromacél a Jacquetkoronàk és porcellanhidak készitésénél".

Ertl. „Reconstructio és regeneracio az àllcsontsebészetben".

Hejja. „A haborus arcsérülések és az „Inovay" gyalogsàgi pàncél".

Sztrilich. „Fadenknüpfung in der zahnärztlichen Praxis".

Frankl. „Differentialdiagnose zwischen Primärsklerose u. tuberkulösem Primärkomplex der Mundschleimhaut".

Ranoanovics. „Seltener Fall hysterischer Analgesie".

Wtorek, 16 kwietnia (rano).

Sala A. Sekcja chirurgji.

Przewodniczą: Cavina (Bologna), Fanconnier (Liège), Herpin (Paryż), Hesse (Jena), Melchior (Kopenhaga), Nespoulons (Paryż), Van Mossuenck (Louvain).

Sekretarzują: Gotardi, Lachmann, Mela.

Wykłady wygłaszają:

Perna. Danni dei foci peridentari nei bambini e mezzi per prevenilli.

Laudette. Los desagnes metalicos perimatilares.

Laudette. Construction mandibular de origen articolar.

Melchior. „Uebersicht der chronischen dentalen Knochenentzündung". Zdaniem prelegenta schorzenia powyższe mają duże znaczenie kliniczne, jednak są bardzo mało znane. Naogół pojawiają się one jako forma wytwórcza lub też jako forma wsteczna. Rozpoznanie dokładne tych schorzeń jest trudne.

Hesse. „Osteiten dentalen Ursprungs".

Van Mosnenck. „Osteites d'origine dentaire".

Cavina. „Terapia delle osteiti d'origine dentale".

Sala B. Sekcja anatomji, fizjologji oraz protetyki.

Przewodniczą: Boggio (Turyn), Campatelli (Florencja), Cassarotto (Medjolan), Coraini (Bologna), Zunini (Rzym).

Sekretarzują: De Fazio, Fenu, Maj.

W y k ł a d y:

De Fazio. „Sulla frequenza del nervo dentale superiore medio“.

De Fazio. „Sulla influenza del grado di acidita sulla decalzificazione della dentina“.

Fenu. Sulla tensione superficiale del secreto delle giandole salivari del cane.

Cassarotto. Sugli spazi interglobulari di Czermak in rapporto coi processi rarassitari.

Matteuci. Il granuloa radicolare.

De Fazio. Su una nuora proprieta umorale della saliva.

Polacco. Impiego delle onde corte per lo studio dei movimenti della Pingua nella fonazione.

Cassarotto. Sulle terminazioni nervose dei prolungamenti odontoblastici.

Poietti. Sulle alterazioni osseomucose del paluto da suzione di un recente dispositivo di adesione nelle placche protetiche.

Prelegent ilustruje przy pomocy preparatów anatomo - patologicznych zmiany kostno-śluzowe, wywołane przeważnie przez ssawki gumowe. O ile zdarzy się perforacja podniebienia na drodze urazu, proponuje prelegent zabieg chirurgiczny w/g Axhausena.

Do celów profilaktycznych demonstruje wykładowca „lamina adhesiva Molnar“, produkt włoski.

Giardino. L‘infezione primitiva tubercolare della polpa dentale.

Sala C. Sekcja anatomji i zachowawczego zębolecznictwa.

Przewodniczą: Bercher (Paryż), Cieszyński (Lwów), Entin (Leningrad), Limberg (Leningrad), Smirnow (Tomsk).

Sekretarzują: Bersani, Maganzini, Owiński.

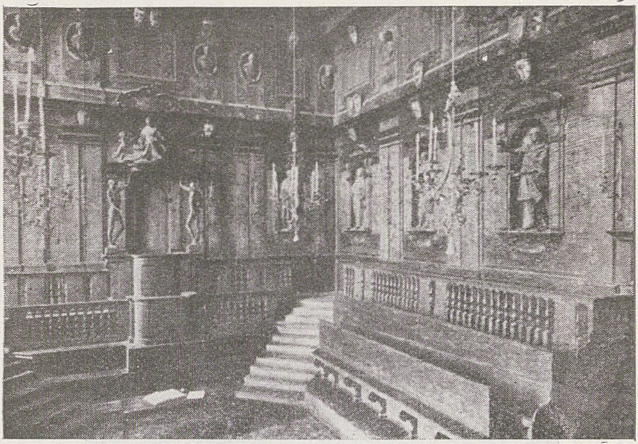
Wykłady wygłosili:

Cieszyński. Disposition des dents dans l‘appareil masticateur et formation du plan de mastication du point de vue statique.

Cieszyński. Les formes particulières des dents comme resultats de la founction du point de vue statique et dynamique. (Polska Stomatologja).

Bercher. Dens in dente radiculaire.

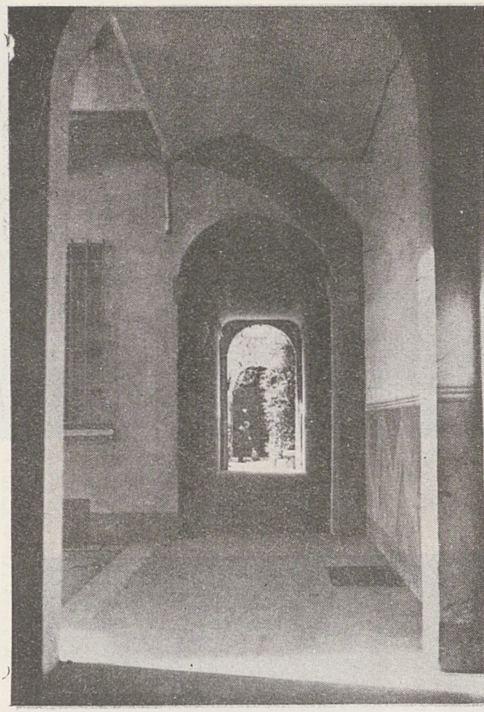
Autor demonstruje ciekawy przypadek tej anomalji; jest to twór, składający się z zębiny i kostniwa, znajduje się w korzeniu górnego centralnego siekacza. Przedyskutowawszy różne teorje, autor przychodzi do wniosku, że tylko teorja „fałdowania się zarodka“ może



Rys. 9. Sala C.



Rys. 10. Wejście do klinik.



Rys. 11. Korytarz na klinice.

tę anomalję dostatecznie wyjaśnić. Anomalję tę autor uważa za krańcowe przeciwieństwo „perełki szkliwia“ i określa razem z Codrell‘em mianem „dezorganoplazji“.

Dubecq. Données de morphologie clinique sur le ménisque mandibulaire“.

Entin. Pulpitisbehandlung ohne Pulpaentfernung.

Autor twierdzi, że leczenie zęba z miazgą w stanie zapalenia bez usuwania miazgi jest możliwe; koniecznym po temu warunkiem będzie „odtrucie“ miazgi przy pomocy pałeczek kwasochłonnych. Słowo „odtrucie“ należałoby rozumieć tutaj dosłownie, aczkolwiek fonetycznie ono razi.

Sala D. Sekcja ortopedji.

Przewodniczą: Andersen (Oslo), Darcissac (Paryż), König (Nagykanizsa), Pout (Lyon), Ruppe (Paryż).

Sekretarzują: Dufourmentel, Formiggini, Ramorino.

Pout. Traitement des malformations dento-maxillaires purement héréditaires.

Ruppe et Marie. L'état maxillo-dentaire dans quelques affections rares de l'enfance.

Darcissac et Dufourmentel. Traitement chirurgical et orthopédiques des ankylose temporo - maxillaires.

Autorzy w zabiegu tym rozróżniają dwa momenty: 1-o Moment chirurgiczny. Cięcie w formie V według Dufourmentel'a (cave n. facialis) ułatwia uruchomienie stawu; na zakończenie wstawiają oni nagół płytkę kostnochrząstkową. 2-o Moment ortopedyczny następuje w 3-ch miesiącach po zabiegu krwawym.

Darcissac. Notre ancrage peri - cranien.

Scuri. Del mordex apertus di Carabelli e del suo trattamento.

Autor jest zwolennikiem metody Wassmunda (blok kostny — trakcja wewnątrz mięśniowa).

Toni. Ortopedia dento-faciale durante la gravidaura.

Kantorowicz. Messpunkte u. Messzahlen für ortodontische Messungen.

Andresen. „Germothomie" der Weisheitszähne als gnatho - orthopädische u. paradentisch prophylaktische Massnahme.

König. Bolzenschlösser.

Rehak. Neue kombienierte Graphikontabelle zum Gnathostatverfahren von P. M. Simon.

Prócz tego w tym dniu odbyły się na klinikach demonstracje.

Sekretarzowali tam: Calabro, Keleścian, Rondelli.

Brusotti. 1. Używanie masy wyciskowej z zawartością tlenu cynku.
2. Aparaty ortodontyczne z nierdzewnej stali.

Caccia. Ceramika laboratoryjna.

De Tomasi. Resorvin w praktyce protetycznej.

Engel. Korona trzyćwierciowa.

Liebermann. Bezpodniebienne protezy.

Polleti. „Palafix" jako ssawka.

Tryfus. Obecny stan ceramiki.

Valentini. Dentocoll w protetyce.

Walter. Końcowe efekty malarskie w ceramice. (Barwienie wkładek i koron).

Calabro. Blok wewnątrzszczękowy w leczeniu złamania.

Linka. Schorzała miazga może być wyleczona. (Penetrin).

Maccaferi. Nasza technika znieczulania żwacza.

Ramorino. Metoda Vincenti w hemokulturze przy leczeniu ropocieku.

Wtorek, 16 kwietnia (popołudnie).

Sala A. Sekcja protetyki i terapji fizykalnej.

Przewodniczą: Brusotti (Medjolan), Dechaume (Paryż), Feiler (Frankfurt), Loos (Praga), Polus (Bruksella), Szepelski (Warszawa), Wustrow (Würzburg).

Sekretarzują: Dal Lago, Formiggini, Palassi.

P r o t e t y k a.

Wustrow: Über das diagnostische Problem in der Prothetik.

Prelegent stoi na tem stanowisku, że djagnostyka w protetyce korzysta wyłącznie z morfologji.

Podobnie jak w ortodoncji, djagnostyka w protetyce rozpatruje łuki zębowe, jako całość i zwraca wyjątkową uwagę na obciążenie pozostałego uzębienia. Przeciążone zęby powodują powstawanie procesów zwyrodnienia.



Rys. 12. Klinika protetyczna.

Zęby, przy których były wykonywane zabiegi z powodu schorzenia okołozębia, wykazują pewne obniżenie możliwości obciążenia. Szczególnie należy przy wyborze filarów pod mosty zwracać baczną uwagę na obciążenie.

Loos. Die Gutlastung des Pfeilerzahns bei der Verankerung der partiellen Prothese.

Elbrecht. Die partielle Prothese in der Analyse u. Synthese. Stomatolog każdy, który dąży, aby sporządzona przezeń proteza była celową, — winien, zdaniem autora, znać dokładnie działanie poszczególnych elementów protezy oraz jej umocowanie na pozostałem uzębieniu.

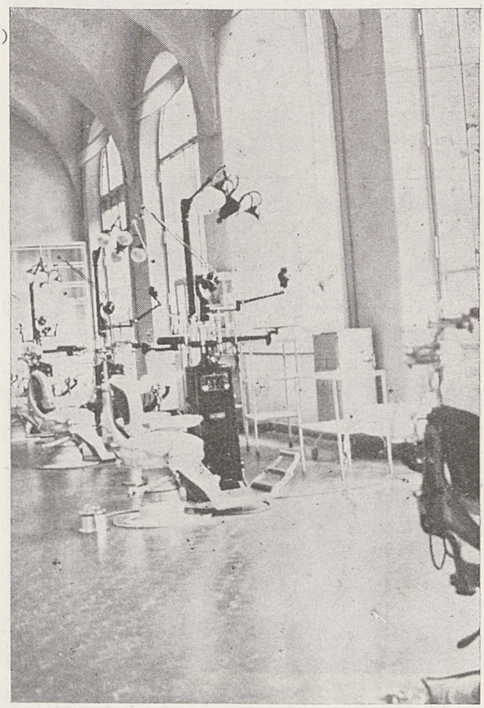
Autor dzieli konstrukcyjne pierwiastki protezy na dwie grupy:

a) właściwe pierwiastki ciała protezy,

b) pierwiastki, łączące te ostatnie, dzieli on p/g sił, które na nie działają, a mianowicie:

1. utrzymujące,
2. podpierające,
3. przesuwające.

Ponieważ nie mamy żadnych norm dla odporności wzgl. wytrzymałości tkanki, musimy przyjąć, że każda proteza musi być zawsze indywidualizowana.



Rys. 13. Klinika chirurgiczna.

Polus. Nouvelles methodes de prothese partielle.

Brusetti. La moderna protesi parziale mobile.

Sekcja terapji fizykalnej.

Szepelski. Die physikalische Therapie in der täglichen Privatpraxis. (praca ta ukazała się w Polskiej Stomatologji).

Feiler. Tytuł ten sam.

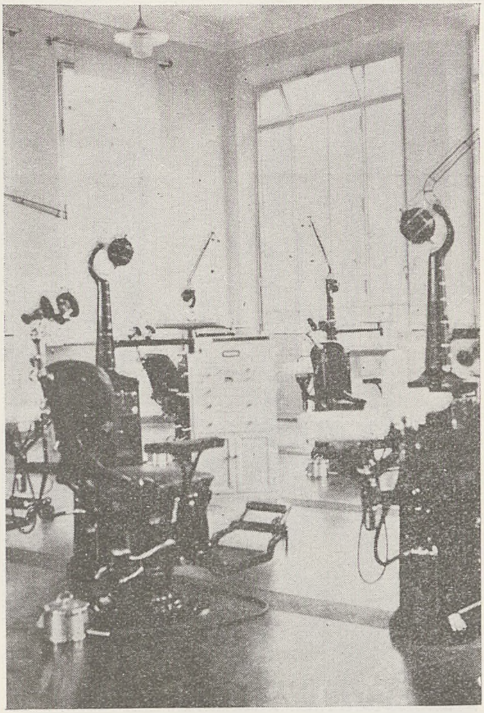
Zdaniem prelegenta fizykalne metody leczenia odgrywają naogół w praktyce stomatologicznej inną rolę, aniżeli w innych gałęziach me-

dycyny, dlatego, że są one (te metody) używane jako środek zazwyczaj pomocniczy łącznie ze specyficznem leczeniem.

Terapja ta była stosowana przez prelegenta w formie ciepła lub światła przy zwalczaniu stanów zapalnych, jak również w stanach pooperacyjnych.

Specjalnie były stosowane promienie ultrafioletowe i infraczerwone.

Również na uwagę zasługiwałaby wewnętrzna djatermja oraz krótkofalowa terapja.



Rys. 14. Klinika zachowawczego zębolecznictwa.

Podobnie zapatruje się prelegent i na naświetlanie promieniami Roentgena w terapji ognisk kostnych.

Prelegent specjalnie akcentuje stosowanie chirurgicznej djatermji w t. zw. leczeniu korzeni. Jedną z elektrod będzie igła Millera, którą wprowadza do przewodu; ta czynna elektroda będzie działać wysuszająco, dezynfekująco, koagulująco i będzie powodować bliznowacenie.

Prąd, którego używał prelegent, wynosił 30 — 40 mA, i działanie

jego trwało około 20 — 30 sekund bez znieczulania, zależnie od tolerancyjnych możliwości pacjenta.

Prelegent stosował również sztuczne słońce górskie i djatermję w połączeniu z perhydrolem do celów bielenia zębów.

Dalszy rozwój fizykalnej terapji widzi prelegent w ścisłej współpracy internistów ze stomatologami, szczególnie na polu profilaktyki janajszerzej pojmowanej.

Münzesheimer. Wurzelbehandlung mit Hochfreguenzstrom (Langwellentherapie) u. Ultrakurzwellentherapie in der Zahnheilkunde.

Prelegent w leczeniu korzeni rozróżnia dwie fazy: pierwsza — to dezynfekcja resztek miazgi i ścianek zębiny; druga — niszczenie „przestrzeni martwej", która mogłaby być źródłem wtórnego zakażenia.

Prelegent opisuje dezynfekcję prądem wysokiego napięcia, sprzeciwiając się stosowaniu znieczulenia. Do celów głębokiego przegrzewania specjalnie jest przeznaczoną jego zdaniem ultra-krótkofalowa djatermja.

Wskazania do zastosowania tej krótkofalowej ultradjatermji w/g Münzesheimera:

1. ostre zapalenie przywierzchołkowe (kości),
2. ostre podrażnienia ozębnej po wypełnieniach przewodów,
3. zapalenie kieszonek przy zębach mądrości,
4. przy zapaleniach ropnych zatok szczękowych,
5. przy bólach pooperacyjnych poekstrakcyjnych.

c. d. n.

Dział streszczeń

ZACHOWAWCZE ZĘBOLECZNICTWO.

HENTZE. Perforacja korzenia zębowego i jej leczenie. (Ueber Wurzelperforation und ihre Behandlung). Zahn. Rundsch. 1935. Nr. 39.

Sprawą tą dotąd stosunkowo mało się interesowano: Kantorowicz poświęcił jej krótki rozdział, Heimroth dłuższą rozprawę, nie zwracając jednak uwagi na etjologję i leczenie, a Hoffmann i Sachse opracowali pierwsi metodę operacyjnego leczenia perforacyj.

Przyczyną ich są nienormalne stosunki anatomiczne i patologiczne, a zwłaszcza ziarniniaki i torbiele miazgi, ukryta próchnica, uraz i ujście kanału korzeniowego kilkoma otworami szczytowemi.

Greve mówi o perforacjach szczytowych, bocznych i międzykorzeniowych.

Autor na podstawie długoletnich obserwacyj wnosi, że gros przedziurawień obserwuje się od strony podniebiennej zęba. Ból

i świeże krwawienie z kanału są pierwszym objawem perforacji. Rentgen daje dobre usługi w ustaleniu rozpoznania.

Mamy 3 metody leczenia zakażonej ozębnej:

1) wewnętrzną,
2) zewnętrzną,
3) zewnątrzustną.

W pierwszej linji dążyć musimy do usunięcia ostrego stanu zapalnego ozębnej przez podawanie do kanału olejku jodowo-goździkowego (2/3 roztworu jodu, 1/3 olejku goździkowego) i prowizoryczne zamknięcie go fleczerem. Opatrunek zmienia się codziennie, dopóki ząb reaguje. Ewentualny ropień naciąć i drenować.

Leczenie powinno poprzedzić:

1) uśmierzenie krwawienia,
2) przepłukanie kanału roztworem wody utlenionej,
3) wydezynfekowanie perforacji gorącą wodą i 3%-owym roztworem $H_2 O_2$,
4) wysuszenie kanału korzeniowego.

Metoda *wewnętrzna:*

a) jeśli miejsce perforacji jest łatwo osiągalne, wypełnić je jodoformem, xeroformem, gutaperką, karbolem i t. d.
b) jeśli trudno, kanał dobrze wysuszyć, wypełnić parafiną z domieszką miedzi zakwaszonej kwasem mlekowym.

Metoda *zewnętrzna:*

polega na odszukaniu miejsca przebicia sondą srebrną, odsłonięciu dziąsła, kości, wycięciu w niej okienka, rozszerzeniu perforacji wiertarką i uzyskaniu modelu woskowego. Ubytek pokryć porcelaną z glazurą.

Metoda *zewnątrzustna:*

perforowany ząb usunąć, ubytek wypełnić jak wyżej poza jamą ustną z następową reimplantacją zęba.

Rzeczą pierwszorzędnej wagi jest dokładne wyjałowienie zęba i dziąsła.

Str. *A. Miedzianowski.*

Poznań, dnia 30.X. 1935 r.

CHIRURGJA STOMATOLOGICZNA.

ANDOR DUDITS. Przerzuty do szczęki dolnej przy pierwotnym raku płuc. Krebsmetastasen im Unterkieferknochen bei primärem Lungen-Krebs. (Deutsche Zahn-Mund und Kieferheilkunde Bd. 2. H. 9. (1935).

Autor podaje dwa przypadki raka pierwotnego płuc, w obu tych przypadkach pierwszym objawem chorobowym był przerzut do szczę-

ki dolnej w postaci guza. Guzy te były uważane za nowotworowe pierwotne, gdyż wycinków próbnych nie pobrano i dopiero sekcja i dokładne badanie mikroskopowe ustaliły ich charakter przerzutowy. W pierwszym przypadku u pacjentki l. 58 zoperowano guz szczęki dolnej prawej, resekując szczękę do przedtrzonowców i wyłuszczając staw. Po sześciu tygodniach pacjentka zmarła skutkiem komplikacji innego pochodzenia. Rozpoznanie anatomopatologiczne orzekło: gruczolakorak śluzowaciejący środkowego płata prawego płuca. Nacieczenie rakowe prawej opłucnej. Przerzuty do gruczołów okołoskrzelowych i do szczęki dolnej. Drugi przypadek: pacjentka l. 26 zgłosiła się na Klinkę Uniwersytecką w Budapeszcie ze skargą, iż od czterech miesięcy zauważyła wygórowanie na szczęce dolnej szybko wzrastające. Wygórowanie to jest umiejscowione na szczęce dolnej prawej w okolicy kąta żuchwy, wielkości orzecha włoskiego, nieprzesuwalne wobec podłoża, wrzodziejące i przechodzące na ścianę gardzieli. Gruczoły podszczękowe prawej strony powiększone. Klinicznie rozpoznano: sarcoma mandibulae. Dokonano operacji wyłuszczenia szczęki i resekowano odcinek kostny długości 9 cm. wraz z guzem o wymiarach 6×4×4 cm., miękkim, czerwonym, zrośniętym z kością. W kilka godzin po operacji nagłe pogorszenie ogólnego stanu chorej i śmierć. W badaniu pośmiertnem rozpoznano raka dolnego płata prawego płuca. Lymphangitis cancrosa w pozostałych płatach. Przerzuty raka do gruczołów limfatycznych okołooskrzelowych, okołotchawicznych i leżących dookoła tętnicy głównej, do nadnerczy, wątroby, lewej nerki i wielu kości. a między innemi i do szczęki dolnej.

Chociaż przypadki te należą do rzadkich, jednak należy liczyć się z ich możliwością i celem uniknięcia pomyłki dokonywać próbnych wycinków i bardziej szczegółowych badań. Następnie autor zwraca uwagę na częstość raka kości szczękowych, według Risaka podaje 48,4%, przytem 3 razy częściej szczęki górnej niż dolnej. Najczęściej spotykamy w jamie ustnej raka płaskokomórkowego, wychodzącego z nabłonka dziąseł lub śluzówki policzka. Autor uważa takiego pochodzenia raki za wtórne. Za pierwotnego raka szczęki uważa autor tylko raka wychodzącego ze śluzówki jamy Highmora. Czy istnieją raki pierwotne szczęki dolnej, nie ustalono, autor czyni przypuszczenie, że możnaby uważać za takie raki pochodzące z wysepek Malassez'a rozsianych w kości, ponieważ jednak wysepki Malassez'a znajdują się w dziąśle, kwestja więc pierwotności raka szczęki dolnej pozostaje nadal sporną. Na zakończenie autor, podkreślając rzadkość przerzutów raków płuc do szczęk, zastanawia się, czy rzeczywiście są to tak nieliczne przypadki, czy też rzadkość ich należałoby może przypisać, że mogą być często jako nieznaczne guzy niezauważone i w rozpoznaniu sekcyjnem pominięte.

Str. *Krystyna Berezowska.*

ORTOPEDJA SZCZĘK.

Dr. JOSEPH GERKE (Düsseldorf). Ortopedyczna pomoc przy obustronnem złamaniu żuchwy w obrębie podbródka. (Die orthopädische Versorgung der doppelseitigen Unterkieferfraktur im Kinnbereich). Deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Bd. 2 H9-35.

Przy terapji złamań, specjalną uwagę należy zwrócić na obustronne złamanie żuchwy w obrębie podbródka. Uwaga ta staje się zrozumiała, o ile uprzytomnimy sobie anatomiczną budowę danej okolicy, z jej licznemi i silnemi mięśniami. A od ilości i siły tych mięśni zależą w pierwszym rzędzie przemieszczenia odcinków kości. Nie zawsze więc udaje się nam sprowadzenie odłamków żuchwy do normalnego stanu, przy pomocy zwykle stosowanych szyn. Stosunkowo łatwe zadanie mamy, gdy chodzi o wypadki świeże, z gładkiemi linjami złomu. Trudności pojawiają się już, gdy w grę wchodzą odłamki i jednoczesne wklinowanie części podbródkowej, dalej o ile z jakichkolwiek względów, chociaż by zły stan ogólny chorego, pomoc ortopedyczna zostaje wstrzymana, albo też, gdy po kilkakrotnem niecelowem stosowaniu szyn, wkracza już ossifikacja i dla uzyskania funkcyj, konieczne jest powtórne złamanie.

Często też, przy obustronnem złamaniu żuchwy, część jej środkowa, podbródkowa, opada ku tyłowi i nabok, a pozbawiony oparcia język, własnym ciężarem i siłą mięśni opada na nagłośnię i wywołując askiksję, zagraża życiu pacjenta, wymagając prędkiej i zdecydowanej pomocy. Czasami, wskutek działania mięśni gnykowo - językowych i mięśni skrzydłowych zewnętrznych, części boczne żuchwy zostają wciągnięte ku sobie, zapobiegając opadnięciu ku tyłowi części środkowej. Opiera się ona wtedy na częściach bocznych żuchwy i przy działaniu górnych mięśni gnykowo-językowych, zostaje obrócona wzdłuż osi poprzecznej, dając zgryz otwarty, przy ruchomym podbródku. Bywa też i obrót wzdłuż osi pionowej, co ma miejsce przy asymetrycznych linjach złomu i wskutek tego nierównem działaniu mięśni.

Z powyższego widać, że przy tych złamaniach zwykłe szyny wewnątrz-ustne nie zawsze są skuteczne. Dają one poprawę w kierunku pionowym, ale wysunięcie dolnego brzegu żuchwy przy pomocy samych tylko zębów nie daje się uskutecznić.

W podobnych wypadkach dawniej używano kolca wyciągającego Codivilla i Steinmanna, jednak wady tego systemu, jak zapalenia z następową nekrozą po przebiciu kolca, przyczyniły się do zaniedbania tego systemu. Używany obecnie przez klinikę w Düsseldorfie sposób wyciągający Bruhn'a pozwala nietylko na dokładniejsze nastawienie i umocowanie odłamków, ale brak przy nim zupełnie podrażnień. Założenie aparatu Bruhn'a jest nader łatwe.

W znieczuleniu miejscowem, nacina się fałd podbródkowy,

i wprowadza się kolec tak, aby obejmując dolny brzeg żuchwy, zaczepiał się o spina mentalis. Wolny koniec kolca może być dowolnie w miarę potrzeby poruszany ku przodowi i górze i umocowuje się do specjalnego hełmu. Dla dobra prędkiego wyleczenia i dla uniknięcia komplikacji w formie zapaleń, konieczne jest solidne i pewne umocowanie wolnego końca kolca. To jest możliwe jednak wtedy tylko, gdy cała aparatura jest mocna, i gdy z mocno siedzącym i trzymającym przyrządem zewnętrznym, połączona jest dobra, indywidualna, a nie schematyczna szyna wewnątrz-ustna.

Wszelkie kolce o lżejszej i słabszej budowie, jakoteż luźno siedzące hełmy, muszą być uważane za opatrunek tymczasowy, gdy chodzi o obustronne złamania żuchwy w obrębie podbródka. Po nałożeniu i umocowaniu połączonej zewnątrz- i wewnątrzustnej aparatury można dopiero przystąpić do właściwej repozycji. Tę uzyskujemy najlepiej przez stopniowo zwiększającą się siłę gumek ściągających. Przy użyciu gumek unika się tak często spotykanych przy ręcznem nastawianiu obrażeń. Gdy po kilku dniach obserwacyj klinicznych i po zdjęciach kontrolnych Roentgena, widać, że odłamki się dobrze zestawiły, przy odzyskaniu okluzji, należy je unieruchomić zapomocą drutu.

Ponieważ jednak, przy ciężkich obrażeniach szczęk, stan ogólny pacjenta jest zwykle groźny, nie stosuje się odrazu wyżej opisanego postępowania, a zakłada się opatrunek tymczasowy dla uniknięcia asfikcji.

Tymczasowy opatrunek składa się z aluminjowej pelotki, o kształcie podbródka, o tylnym brzegu podniesionym dla podtrzymania opadającego podbródka. Pelotka owinięta gazą jest przytrzymywana przez paski okalające twarz, a u góry, w części środkowej ściągnięte ku tyłowi przez pasek rozwidlający się na potylicy i przechodzący pod uszami.

Pod koniec artykułu autor podaje trzy przypadki, które dostatecznie wyższość opisanej metody Bruhna, nad innemi dotychczas stosowanemi, uwydatniają.

Str. *Daniel Mins.*

ZACHOWAWCZE ZĘBOLECZNICTWO.

Dr. DEZSö HATTYASY. Badania eksperymentalne nad arszenikiem. (Die Arsenfrage im Lichte der experimentellen Forschung. Z. Stomat. 1935—20).

Wkrótce upływa 100-letni jubileusz, wprowadzenia As. do dentystyki. Dawna wiedza lekarska używała As. do niszczenia brodawek, hyperplasji tkankowej i t. d.

Wielu praktyków-stomatologów posługuje się As. dla uprzedniego wywołania „gangraena artificialis", by później dopiero przystąpić do dalszego leczenia. Użycie As. jest przez to uzasadnione, że w przeciągu krótkiego czasu powoduje obumarcie miazgi, znosi ból chorego zęba, co też nieraz ratuje ząb przed ekstrakcją.

Od dawna znane są powikłania wywołane przez As., jak podraż-

nienia względnie zapalenia ozębnej, zap. kości szczękowych, nekrozy. Już w 80-tych latach zeszłego stulecia, wtedy, gdy As. był jedynem lekarstwem dokonującem dewitalizacji miazgi, Arkövy i Miller zwrócili uwagę, by nie nadużywać As. W ostatnich 10 latach zwrócono baczną uwagę na los ozębnej, przy rozmaitych naszych systemach leczenia przewodów.

Dzięki szkole wiedeńskiej (Gottlieb) wprowadzono w życie metodę eksperymentalnego badania wszystkich naszych poczynań w zębolecznictwie. Wykazano, że ozębna u psów jest bardziej wrażliwa, niż u ludzi; stąd można wnosić, że dobre rezultaty uzyskane u psów, powinne być równie dobre i u ludzi. Dzięki tej metodzie, mamy biologiczną kontrolę w naszych rękach.

Arszeniku nigdy nie używa się czystego; zawsze w postaci pasty w połączeniu z gliceryną, związkami fenolowemi, w postaci dozowanej (Dosarsen). W jakiejkolwiek formie bywa As_2O_3 w użyciu, zawsze czynnikiem wyłącznie działającym jest As. Różnica w działaniu rozmaitych preparatów arszenikowych polega na tem, że jest w nich więcej lub mniej czystego arsenu; jest on w połączeniu z takiemi substancjami, które przyśpieszają lub opóźniają jego działanie np. przez ścinanie białka (fenole, kresole, formalina).

Zachodzi pytanie, czy stosowanie As. oddziaływuje na ozębną czy nie?

Można uważać za idealną tę metodę leczenia przewodów, która nie pociąga za sobą żadnych zmian w tkankach otaczających. Jakie jest działanie As. na miazgę? Witzel twierdzi, że As. jest środkiem głęboko przenikającym; Arkövy zalicza go w poczet trucizn działających na protoplazmę komórek. Prace Joachimoglu, Veogtlina, Labes'a i innych dokładnie opisują działanie $As_2 O_3$. Z tych prac widać — że As. działa paralitycznie na naczynia krwionośne — oraz trująco na komórki. Działanie ma polegać na wstrzymaniu objawów życiowych komórki, lub na zniszczeniu tych ciał w komórkach, które znajdują się w minimalnych ilościach (Minimalstoffe), a które są niezbędne dla normalnej ich pracy i życia. Jest bardzo możliwe, że As. zmienia lub łączy się z komponentami komórek, przez co komórka, pozbawiona tego czynnika — ginie. Prócz tego, istnieje silne powinowactwo tkanki nerwowej do As. W miazdze As. powoduje zwyrodnienie i rozpad otoczki myelinowej oraz samych włókien nerwowych. Ze zniszczenia dróg nerwowych dośrodkowych w miazdze, ból ustaje.

Działanie As. zależy od jego rozpuszczalności, od ilości płynu tkankowego w miazdze, oraz od reakcji chemicznej, czy mamy do czynienia ze środowiskiem zasadowem, kwaśnem czy obojętnem. Większa lub mniejsza zawartość płynu tkankowego zależy od fizjologicznych i patologicznych czynników. Gdy idzie o czynniki fizjologiczne, to trzeba zaznaczyć, że u młodych miazga jest zawsze bardziej soczysta niż u starszych. U starszych kanaliki zębinowe są węższe, zwapniałe, przez co mniej przepuszczalne dla As. Młoda miazga zawiera duże ilości komórek i naczyń, ma doskonałe warunki odżywcze, bardzo

bogatą substancję międzykomórkową; — nie zawiera żadnych konkrementów, dentykli — które mogłyby mechanicznie wstrzymać działanie As. W zębach ludzi dorosłych stwierdzić można, że miazga jest mniej soczysta. Objaw ten możemy sobie tłumaczyć dwojako: atrophia reticularis lub fibrosa. Przy atrophia reticularis miazga ma bardzo charakterystyczny wygląd, — składa się z wiązek włókien nerwowych i towarzyszących im naczyń. Po otwarciu komory można stwierdzić, że miazga jest bolesna i bardzo nieznacznie krwawi. Ten objaw chorobowy miazgi daje się często spostrzec w zębach już plombowanych.

Zdarza się bardzo często, że As. nie działa na ząb. Tłumaczymy sobie to tem, że w miazdze brak rozpuszczalnika t. j. płynu tkankowego. Dla dewitalizacji miazgi trzeba 0,5 do 1 mg. $As_2 O_3$. Aby ta ilość podziałała, musi być odpowiednia ilość płynu tkankowego jako rozpuszczalnika. Spostrzeżono, że działanie As. przy zapaleniach miazgi nie zawsze jest dostateczne. (Witzel, Schröder, Szábo, Römer). Leukocyty najbardziej przeciwstawiają się działaniu As.; stwierdzono też, że odczyn obojętny w zdrowej miazdze, przemienia się w kwaśny w chorej.

Euler w r. 1911 zauważył, że nie wystarczy zaaplikować As. w tej postaci, aby był rozpuszczalny, ale trzeba w takiej kompozycji, aby w chwili zetknięcia się z płynem tkankowym nie nastąpiło zahamowanie działania As. Robiono doświadczenia z gliceryną, która jest doskonałym rozpuszczalnikiem dla As. i miesza się z wodą w każdym stosunku. Okazało się, że As w połączeniu z gliceryną przestał w zupełności działać, zetknąwszy się z płynem tkankowym. Najlepszym preparatem wg. Eulera — to rozczyn $As_2 O_3$ z piperydyną i nowokainą. Tak samo, jak istnieją w miazdze czynniki hamujące działalność As, tak samo mogą być czynniki faworyzujące jego działanie — wtedy możemy być świadkami, że już po 24-ch As przedostał się poprzez apex do tkanek okołozębowych.

Należy poświęcić kilka słów działaniu As. na zdrową miazgę. Po 24-ch akcji As. założonego na punkt krwawiący — można zaobserwować przekrwienie i obrzmienie miazgi, inne zmiany nie są widoczne. Tylko w zębach z szerokim otworem szczytowym, lub też w tych zębach, gdzie korzeń jest jeszcze niezupełnie ukształtowany — to w tych zębach, już po 18-tu można zauważyć nacieczenie drobnokomórkowe, przekrwienie i zwyrodnienie szkliste komórek w ozębnej. Dopiero po 48-ch występują znaczniejsze zmiany, stwierdzone przez Arkövy'ego, Römera i innych — tak na ludziach jak i zwierzętach. Zmiany są rozmaite; spostrzeżono b. znaczne przekrwienie, na skutek zastoju żylnego; bardzo wzmożone ciśnienie wewnątrznaczyniowe, przesięk z naczyń i powodujący obrzęk. Przepełnione naczynia pękają, stąd wylewy krwawe. Czerwone ciałka krwi przechodzą poprzez zatrute śródbłonki naczyń, które stały się przepuszczalne. Wraz ze zmianami w systemie naczyniowym i we krwi, powstają zmiany w układzie nerwowym miazgi oraz w komórkach. Tu widać kariolysis, kariorrhexis i piknosis (Römer). Zanika otoczka komórki, uwidacznia się protoplazma z jądrem jako masa nie dająca się barwić. Tego

rodzaju obrazy histologiczne spotykamy obserwując miazgę na drodze do apexu. Arkövy jednak uważa, że As., po 24-ch godz. działania, dostał się apexu, a Heintze, że nawet w ozębnej można stwierdzić zmiany.

Zniesienie przewodnictwa zakończeń nerwów czuciowych miazgi ma następować szybciej niż jakiekolwiek zmiany morfologiczne w komórkach miazgi. Stwierdzono tworzenie się guzowatych zgrubień na włóknach nerwowych z powiększeniem jąder otoczki nerwowej oraz rozpadem myeliny. Badania Weigerta-Pala, Wassmutta potwierdzają, że następuje rozpad neurilemmy. A więc szybkie ustanie bólu po zadziałaniu As, tłumaczymy sobie tem, że receptory wzgl. zakończenia nerwów czuciowych w miazdze zostają uszkodzone, przez co przewodnictwo bólowe zostaje wstrzymane.

Jednem z najczęstszych powikłań jest zapalenie ozębnej pochodzenia arszenikowego. Powstanie i czas trwania zapalenia ozębnej nie można bliżej określić, bo zależy od wielu czynników: jest trudno postawić ścisłe rozpoznanie zapalenia miazgi, soczystość miazgi, gęstość zębiny, szerokość apexu, ramifikacje przewodów, odporność organizmu, idjosynkrazja i t. d.

Nie ma też zgody między uczonymi, gdy idzie o wytłumaczenie mechanizmu powstawania zapaleń ozębnej: wedle jednych zapalenie miazgi przechodzi per continuitatem na ozębną; inni uważają, że to produkty rozpadu białka w miazdze podrażniają ozębną. Ujemne działanie As. na ozębną tłumaczymy sobie tem, że albo As. leżał za długo, lub też przy usuwaniu miazgi komorowej część jej przesiąkniętą As. pozostawiono i ta ilość coprawda minimalna działa dalej.

Uczeni amerykańscy Hopwell-Smith i inni wystąpili przeciw stosowaniu As. Prinz w Europie przychyla się do zdania uczonych amerykańskich, większość jednak uczonych europejskich wskazuje na racjonalność dewitalizacji miazgi As. i na antyseptyczne postępowanie w leczeniu przewodów. Uczeni szukają nadal takich środków, które najbardziej opowiadałyby warunkom biologicznym. Badania idące w wyżej nakreślonym kierunku posuwają się naprzód. Bada się dozowanie As., patogenetyczne działanie antyseptyków, biologiczny sposób leczenia przewodów bez dewitalizacji miazgi i bez użycia antyseptyków. Z badań tych, należy nadmienić prace Eulera, który stosuje rozczyn As. w piperydynie z nowokainą. Stosuje różne koncentracje w zależności od stanu miazgi. Feldman stosuje pastę kobaltową — zawiera ona nieznaczne ilości $As_2 O_3$. Autor uważa, że przez małą zawartość As., pasta nie wywiera wpływu na ozębną, łatwiej można tę pastę dozować i może ona pozostawać w zębie znacznie dłużej niż arszenikowa. Doświadczenia robione z pastą kobaltową wykazały, że pasta daje w działaniu swem nieprzewidziane skoki — podobnie jak się ma rzecz z As.

Zwolennicy stosowaniu As. uważają, że proces gojenia się jest szybszy i lepszy w tej metodzie, aniżeli po extirpacji dokonanej przy znieczuleniu, a więc na miazdze żywej. Po extirpacji miazgi przewodowej pod znieczuleniem, zachodzą zmiany w ozębnej, w postaci krwa-

wienia, nacieków, resorbcji i t. d., które po kilku miesiącach znikają. Badano (Luthi, Altenkamp) wpływ lekarstw stosowanych przy leczeniu przewodów na ozębną. Badano chlorkamfofenol, formalinę, thymoleugenol, trójkresolformalinę. Okazało się, że wszystkie te środki wywołują zmiany w ozębnej, a nawet i w kości. Formalina wywołuje zrosty pomiędzy kością a cementem korzeni. Przy innych środkach widać resorbcję powierzchni korzeni, resorbcję kości, nacieki ogniskowe i rozlane ozębnej, ropienia. Schorzenia te są przewlekłe i nie wywołują żadnych subjektywnych objawów. Po największej części zdarza się, że ogniska chorobowe, wywołane chemikaljami, są podczas leczenia infekowane — rzadziej na drodze krwionośnej.

Ostatnie lata wykazały, że można mieć doskonałe wyniki leczenia, przy stosowaniu znieczulań — musi się pamiętać jednak o pewnych warunkach: aseptyka, całkowite usunięcie miazgi przewodowej — doskonała hemostaza po extirpacji, należy unikać antyseptyków, natychmiastowe zaplombowanie przewodów pastą wzgl. materjałem nie drażniącym ozębnej i ściśle wypełniającym przewód. Dobre wyniki leczenia tą metodą stwierdzają doświadczenia robione na psach, które jak wyżej było zaznaczone, mają bardziej wrażliwą ozębną niż ludzie. Wypełniano u psów przewody chloropercha - gutapercha albo cementem. Ozębna w zupełności nie reagowała. Skonstatowano też, że opiłki zębiny, nie działają jako ciała obce, znajdując się w ranie poextirpacyjnej, ale działają jako bodźce dla szybszego kostnienia tkanki łącznej. (Münch, Feldman, Neuwirt, Hellner). Hellner plombuje nawet przewód mieszaniną cementu i opiłek zębiny — po dokładnej extirpacji, zahamowaniu krwi i po przemyciu wodą utlenioną. Tak dobrych wyników nie można osiągnąć przy leczeniu posługującem się As. Mamy tu do czynienia z „biologiczną" metodą leczenia zębów. Jest ona trudna, wymaga bezwzględnej sterylności przyrządów, trudu, cierpliwości i doskonałej znajomości rzeczy — daje też ona doskonałe rezultaty.

Prof. Szábo jest szermierzem metody znieczulania. Prawdziwość i skuteczność tej metody stwierdzają prace głęboko i naukowo ujęte, przedstawione po części w poniższej pracy. Tylko w niektórych wypadkach, gdzie znieczulenia stosować nie można, tam trzeba korzystać z metody dewitalizacyjnej.

Str. *A. Erb.*

WIADOMOŚCI UNIWERSYTECKIE.

Uroczystość Wręczenia Dyplomów Absolwentom Akademji Stomatologicznej w Auli Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie w dniu 15. grudnia 1935 r.

P R O G R A M.

1. *„Gaude Mater Polonia“ — Chór.*
2. *Sprawozdanie Rektora Akademji Stomatologicznej, Prof. Dr. Romana Nitscha za rok akademicki 1934/35.*
3. *Wykład Prof. Dr. Marjana Zeńczaka p. t. „Zniekształcenia szczękowe na tle krzywicy“.*
4. *Wręczenie dyplomów na stopień lekarza stomatologa.*
5. *Przemówienie Rektora do dyplomantów.*
6. *Przemówienie przedstawiciela „Bratniej Pomocy“.*
7. *Przemówienie przedstawiciela dyplomantów.*
8. *„Gaudeamus“ — Chór.*

———o———

Ad. II.

Na wstępie dzisiejszej dorocznej uroczystości Akademji Stomatologicznej, jako w roku żałoby narodowej, składam hołd pamięci Pierwszego Marszałka Polski, Józefa Piłsudskiego, Wskrzesiciela Państwa i Największego Wodza.

Proszę obecnych o uczczenie Go przez powstanie i zachowanie jednominutowej ciszy.

Panie i Panowie!

Miło mi jest powitać Was oraz podziękować za łaskawe przybycie na naszą uroczystość. Zechcą przedewszystkiem przyjąć słowa podzięki Przedstawiciele Uczelni Akademickich, Władz Miejskich, wreszcie Przedstawiciele zawodu stomatologiczno-dentystycznego.

Zarazem składam gorące podziękowanie J. M. Panu Rektorowi Uniw. J. Piłsudskiego, Prof. dr. S. Pieńkowskiemu, za łaskawie użyczoną nam Aulę.

Uroczystość dzisiejsza jest z rzędu 15-tą od chwili utworzenia tej jedynej w Polsce uczelni. Od czasu ostatniego mego sprawozdania minął znowu rok pracy i wysiłków w celu konsolidacji Akademji i utrwalenia jej bytu. O byt Akademji można być spokojnym. Dała ona dotąd Państwu Polskiemu około 1500 lekarzy-dentystów, coraz lepiej wyszkolonych w swoim zawodzie. W miarę rozwoju Akademji szkolenie to będzie coraz lepsze.

Można powiedzieć bez przesady, że bez tej uczelni pomoc dentystyczna w Polsce byłaby bardzo niedostateczna, albowiem lekarze ze studjami ukończonemi na wydziałach lekarskich poświęcają się dentystyce w bardzo niewielkiej liczbie i niema widoków, żeby stan ten uległ zmianie w przyszłości.

W staraniach o zaspokojenie potrzeb Akademji na pierwszy plan wysuwają się starania o zdobycie własnego gmachu. Jednak po-

mimo usilnych zabiegów, zarówno obecnego rektoratu, jak też i wszystkich poprzednich dyrekcyj, największa ta bolączka uczelni dotychczas nie może ruszyć z martwego punktu.

W ubiegłym roku myślano o zaciągnięciu pożyczki w Ministerstwie Opieki Społ. lub w Funduszu Kwaterunk. Wojskowego na budowę gmachu Akademji. Jednakże odstąpiono od tego zamiaru wskutek pisma Ministerstwa W. R. i O. P. z dn. 7.V. 1935 r. Nr. I. Bud. 1207/35, które głosi: „Na pismo Nr. 684/35 z dn. 27.III. 1935 r., skierowane na imię Pana Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego komunikujemy, że Pan Minister polecił wciągnąć budowę gmachu Akademji Stomatologicznej do wykazu budowli mających być zrealizowanemi z 3% Premjowej Pożyczki Inwestycyjnej. Wobec tego składanie podań do Pana Ministra Opieki Społecznej i Funduszu Kwaterunku Wojskowego jest zbędne".

Smutna jednak rzeczywistość rozwiała złudzenia, gdyż rektor Akademji dowiedział się w sierpniu na audjencji u Pana Ministra W. Jędrzejewicza, że pomimo najszczerszych chęci, nie jest On w stanie przeznaczyć na budowę Akademji tych sum, jakie uważał przed kilku miesiącami za wskazane i możliwe, ponieważ zmuszony jest zaspokoić pilniejsze potrzeby.

Wobec takiego obrotu sprawy zostaliśmy skazani na przebywanie nadal w obecnie zajmowanych lokalach prywatnych, wiele pozostawiających do życzenia.

Według obliczeń, przeprowadzonych w Akademji, budowa nowego gmachu kosztowałaby około 800.000 zł. W gmachu tym byłyby skoncentrowane wszystkie cztery kliniki z pomieszczeniem chorych, ambulatorjami i salami wykładowemi oraz rektorat z biurami sekretarjatu i kwestury. Było tam też przewidziane miejsce dla odpoczynku studentów, a może także pomieszczenie dla stowarzyszeń akademickich. Odpowiednie miejsce dla odpoczynku studentów jest rzeczą bardzo ważną, bo wobec zajęć w Akademji nie mają oni w wolnych chwilach miejsca dla siebie. Wobec ciasnoty, panującej w dzisiejszych lokalach uczelni, muszą błąkać się po mieście, narażeni na słotę i przeziębienie, zwłaszcza, że często nie mają ciepłego okrycia. Niektórzy, przyjeżdżając z krańców miasta, albo nawet z podmiejskich osiedli, muszą godziny wolne od zajęć w Akademji spędzać na ulicy, dochodząc po kilku miesiącach takiego bytowania do stanu wielkiego wyczerpania.

Prócz trudności zdobycia funduszów przedstawia budowa gmachu Akademji jeszcze trudności specjalne ze względu na warunki, w jakich przyszło nam pracować. Z powodu konieczności zarobkowania mianowicie, obawiamy się budować gmach na krańcach miasta, gdzie łatwiej o place budowlane; jest bowiem wątpliwe, czy pacjenci przybywaliby tak licznie na krańce, jak dziś odwiedzają naszą uczelnię w środku miasta. Wtedy zaś spadłyby znacznie dochody uczelni i mogłoby się zdarzyć, że Akademja, zbudowawszy gmach odpowiedni, stanęłaby przed ruiną finansową.

Obecnie opłacamy rocznie 48.448 zł. za lokale, wynajęte dla Akademji.

Są to pieniądze stracone bezpowrotnie. Gdybyśmy mogli otrzymać pożyczkę na budowę gmachu, staćby nas było na płacenie 60.000 zł. rocznie na procenty i amortyzację długu i wiedzielibyśmy, że pieniądze te nie są stracone.

Prócz braku własnego pomieszczenia drugą trudność w rozwoju Akademji stanowi niedostateczne zaopatrzenie materjalne. Budżet roczny uczelni wynosił ogółem 591.000 zł. Z tego Skarb Państwa pokrył 33% t. j. 195.000 zł. Z funduszu opłat studenckich wpłynęło 130.000 zł., resztę t. j. 266.000 zł. zarobiły kliniki z opłat za leczenie chorych. Opłaty te są bardzo niewielkie i rozpoczynają się od 30 gr. za zabieg, wskutek czego jest pracy bardzo dużo i liczba pacjentów, szukających pomocy w klinikach uczelni, wynosi około 200 osób dziennie. Nic dziwnego, że troska o zarobienie tych znacznych sum na utrzymanie uczelni pochłania bardzo wiele energji profesorów, asystentów i kierownictwa Akademji. Wskutek tej najpilniejszej potrzeby zarobienia na utrzymanie warsztatu pracy profesorowie i asystenci nie mają dosyć czasu na poświęcenie się pracy naukowej. Daje to powód przeciwnikom Akademji do krytyki. Wobec stanu Skarbu Państwa nic jednak na to poradzić nie można. Primum vivere deinde philosophare. Naprzód trzeba żyć, a potem dopiero można myśleć o pracy naukowej.

Równocześnie jednak Akademja może sobie powiedzieć na swoją pociechę, że jest uczelnią pracującą może najtaniej dla Państwa ze wszystkich uczelni akademickich w Polsce. Licząc bowiem przeciętnie tylko 100 wyspecjalizowanych w swoim fachu wychowanków, opuszczających rocznie mury uczelni (w rzeczywistości jest ich co roku trochę więcej) i wiedząc o tem, że Skarb Państwa wydaje na ich wykształcenie rocznie 195.000 zł., obliczymy, że koszt jednego wychowanka wynosi dla Państwa 1.950 zł., studenci płacą przez opłaty studenckie na wychowanie jednego ze swoich kolegów 1.300 zł., a Akademja 2.660 zł. Nie wydaje mi się, żeby jakakolwiek uczelnia akademicka w Polsce pracowała równie tanio dla Skarbu Państwa. A tanio, to nie znaczy u nas źle. Specjaliści, wychodzący z naszej szkoły, napewno nie są gorzej przygotowani do swego zawodu, jak specjaliści, opuszczający mury innych uczelni akademickich w Polsce.

Trzecią wreszcie przeszkodą do sprawniejszego funkcjonowania szkoły, mającą oczywiście związek bezpośredni z niedostatecznym stanem jej uposażenia materjalnego, jest brak pomocniczego personelu naukowego. Na przeszło 500 studentów oraz frekwencję chorych na klinikach, około 200 pacjentów dziennie jest zaledwie 3 adjunktów i 11 asystentów, opłacanych przez Skarb Państwa; reszta asystentów, w liczbie 14 znajduje się znowuż na wyłącznem utrzymaniu z dochodów szkoły.

Zwiększenie obecnej liczby sił asystenckich przynajmniej jeszcze

o 8 osób umożliwiłoby ożywienie twórczej pracy naukowej, poza ulepszeniem działu pedagogicznego i lekarskiego.

Nie leży w mej intencji stwarzanie pesymistycznego nastroju i dlatego wierzę, że z biegiem czasu przeszkody dla pomyślnego rozwoju Akademji zostaną usunięte dla dobra kraju i społeczeństwa.

Przechodząc do omówienia ważniejszych szczegółów z życia Akademji, chcę przedewszystkiem poświęcić słów kilka zmianom personalnym.

Jeden z najbardziej zasłużonych profesorów Akademji, P. Prof. Dr. med. Hilary Zdzisław Wilga, dekretem Ministra W. R. i O. P. z dn. 19.VII. 1935 r. Nr. BP — 15543/35, przeniesiony został z dniem 1-go września r. b. w stan spoczynku z powodu osiągnięcia nieprzekraczalnej ustawowo granicy wieku.

Prof. Dr. med. Hilary Wilga pracował w Polsce na polu naukowem jako profesor zwyczajny dentystyki zachowawczej, od 1 października 1922 roku do 31 sierpnia 1935 r. Przed przyjazdem do Polski przez 26 lat pełnił obowiązki dydaktyczne i naukowe na różnych stanowiskach w Moskwie. Dorobek naukowy Prof. Wilgi składa się z 64 prac; z których 31 napisanych jest w języku polskim, 32 — w języku rosyjskim i 1 — francuskim. Niektóre z tych prac są o charakterze obszernych monografji.

Prof. Wilga położył duże zasługi w dziedzinie pedagogiczno-dydaktycznej, jako długoletni pedagog, oraz przy organizacji Państwowego Instytutu Dentystycznego. Przyjmował zawsze żywy udział: w związkach zawodowych, stowarzyszeniach naukowych, piastując w niektórych z nich godności prezesa oraz we wszelkich posiedzeniach naukowych i organizacyjnych. Organizacją VII Zjazdu Stomatologicznego kierował również Prof. Wilga. W latach ak. 1924/25, 1925/26, 1926/27 był Dyrektorem Państwowego Instytutu Dentystycznego, ostatnio zaś w latach ak. 1933/34 i 1934/35 — Prorektorem Akademji Stomatologicznej. Przez cały czas pobytu w Akademji daw. Państw. Inst. Dent. Prof. Wilga stał na straży dobra uczelni, jak to opisałem w Sprawozdaniu za rok 1933/34.

Z uwagi na wymienione zasługi Prof. Wilgi, Zebranie Ogólne Profesorów zamierza przedstawić Go do nominacji na profesora honorowego w myśl punktu 1 art. 36 Ust. z dn. 15.III. 1933 o szkołach akademickich.

Kierownictwo katedry dentystyki zachowawczej, prowadzonej przez Prof. H. Wilgę, powierzone zostało od 1 września 1935 r. w charakterze zastępcy profesora tej katedry dotychczasowemu adjunktowi p. Doc. Dr. med. Konradowi Szepelskiemu.

Po ukończeniu się kadencji p. Prof. Wilgi, jako Prorektora, zastępcą Prorektora Akademji wybrany został p. Prof. dr. med. Tomasz Janiszewski.

Zastępca profesora dr. med. Marjan Zeńczak uzyskał habilitację na docenta stomatologji na W-le Lek. Uniw. Warsz., zatwierdzoną przez P. Ministra W. R. i O. P. w dn. 22.I. 1935 r.

Wobec ustąpienia p. Doc. Wincentego Humnickiego ze stanowiska wykładowcy chemji, do prowadzenia tego przedmiotu rektoratowi udało się pozyskać p. Prof. Ludwika Szperla, b. Rektora Politechniki Warszawskiej. W związku z tą zmianą odbywanie się wykładów i ćwiczeń z chemji przeniesione zostało, dzięki życzliwości i energji p. Prof. Szperla ze Szkoły Zgromadzenia Kupców do gmachu Politechniki Warszawskiej.

Wykłady zlecone z etyki lekarskiej objął p. Doc. dr. med. Ludwik Zembrzuski w miejsce p. Prof. hon. dr. med. Henryka Nusbauma, który przestał wykładać z powodu podeszłego wieku.

W czasie kilkumiesięcznej nieobecności p. Doc. dra Cezarego Pawłowskiego zastępował Go w prowadzeniu wykładów i ćwiczeń z fizyki p. dr. Andrzej Sołtan.

Na stanowiskach pomocniczych sił naukowych zaszła jedna zmiana a mianowicie: na miejsce p. lek.-dent. Haliny Puzynianki, st. asystentki katedry dent. zachowawczej, która otrzymała urlop zdrowotny w roku ak. 1934/35 i ustąpiła w dniu 31.VIII. 1935 r., przyjęto p. lek.-dent. Klementynę Ostaszewską.

Wreszcie ze spraw personalnych zasługuje na uwagę nadanie przez Pana Premjera Srebrnego Krzyża Zasługi p. Jadwidze Supronowiczowej, podreferendarzowi Akademji, której praca zyskała całkowite uznanie u Władz Akademji.

Dla opisania całokształtu zajęć ciała nauczycielskiego, muszę zaznaczyć, że w roku sprawozdawczym profesorowie brali udział w następujących komisjach:

w 8 posiedzeniach Zebrania Ogólnego Proefsorów
„ 2 „ Komisji Nostryfikacyjnej
„ 2 „ „ Stypendjalnej
„ 2 „ „ Budżetowej
„ 4 „ „ Statutowej
„ 3 „ „ Budowlanej
„ 2 „ „ Egzaminacyjnej
„ 6 „ „ Klinicystów
„ 2 „ Ekspertów Sądowych
„ 6 „ innych.

razem w 37 posiedzeniach i pracach komisyjnych.

Miło mi jest oświadczyć, że w ciągu całego roku sprawozdawczego nie było potrzeby fatygowania organów Komisji Dyscyplinarnej dla studentów, której skład pozostał ten sam, co w roku akad. 1933/34.

Na zastępowanie rektora w czasie urlopu wypoczynkowego wyrazili zgodę p. Prof. A. Meissner w okresie od 15 do 31 lipca i od 15—31 sierpnia r. b. i p. Prof. F. Erbrich od 1 — 15 sierpnia r. b.

Wyjątkowo w roku sprawozdawczym odbyło się nadzwyczajne posiedzenie Zebrania Ogólnego Profesorów w czasie wakacyj letnich t. j. w dniu 1 sierpnia r. b. w celu dokonania wyboru delegata do Zgro-

madzenia Okręgowego w związku z ordynacją wyborczą do Sejmu. W wyniku tych wyborów delegatem został p. Prof. Alfred Meissner.

Na żądanie Centralnego Towarzystwa Przyjaciół Młodzieży Akademickiej zorganizowane zostało Koło Lokalne tego Towarzystwa na terenie Akademji; przyczem na Prezesa Koła wybrano rektora.

Już od lat kilku władze uczelni ubolewają nad niemożliwością przyjmowania na studja wszystkich zgłaszających się kandydatów. Pomieszczenie oraz personel uczelni pozwalają na uwzględnienie zaledwie czwartej części ogólnej liczby ubiegających się. Wybór kandydatów odbywa się na podstawie wyników wprowadzonego w tym celu egzaminu wstępnego (kwalifikacyjnego).

Do przeprowadzenia tego egzaminu w roku ak. 1935/36 wybrani zostali pp. Prof.: dr. F. Erbich, dr. W. Cybulski i F. Słupski.

Z ogólnej liczby 449 nowych zgłoszeń na I rok studjów, w r. ak. 1934/35, wśród których było kobiet 336, mężczyzn 113, przyjęto tylko 112 osób, w tej liczbie kobiet 75, a mężczyzn 37.

Z powodu krytyk, zarzucających rektorowi przyjmowanie na studja nadmiernej ilości kobiet, muszę zwrócić uwagę na powyższe cyfry: wśród kandydatów, ubiegających się o przyjęcie na I-szy rok, było kobiet 75%, a przyjęto ich tylko 67%; niema więc mowy o faworyzowaniu kobiet. Przeciwnie, faworyzowani są mężczyźni, bo wśród zdających jednakowo kandydatów zawsze daje się mężczyznom miejsce przed kobietami.

Przyznaję się do tego, że jestem zwolennikiem wyższego wykształcenia kobiet i dlatego nie sprawiam im nigdy trudności specjalnych, gdy chcą studjować. Zapytuję się także, co mają robić panny, które ukończyły szkoły średnie? Na medycynę przyjmuje się ich ilość bardzo ograniczoną, na farmacji również są dla nich ograniczenia, weterynarja dla kobiet się nie nadaje, wojsko i teologja zgóry odpadają. Studja filozoficzne, a zwłaszcza humanistyka, są przepełnione kobietami, na prawie niema dla nich widoków, bo w sądownictwie i administracji Państwa niechętnie się widzi kobiety. Jeżeli jeszcze utrudnimy im wstęp do Akademji Stomatologicznej, gdzie corocznie kilkadziesiąt kobiet znajduje możność pracy, to należałoby pomyśleć raczej o tem, aby pozamykać część szkół średnich żeńskich.

Jeżeli się bowiem utrzymuje żeńskie szkoły średnie, to trzeba potem dać absolwentkom tych szkół możność dalszego studjowania.

W ciągu życia swego nie nabrałem przekonania, jakoby zawody wymagające wykształcenia wyższego, w których pracują kobiety, stały niżej od zawodów, w których pracują mężczyźni. Nie ulega wątpliwości, że mężczyzna, który skończy Akademję Stomatologiczną, pracuje prawie zawsze nadal w tym zawodzie, a kobiety, gdy wyjdą zamąż, nieraz przestają pracować jako dentystki. Na to niema rady; nie uważam tego jednak za powód dostateczny, aby przestać przyjmować kobiety na studja stomatologiczne.

W Akademji Stomatologicznej studjowało w roku sprawozdawczym ogółem 517 osób. Na poszczególne kursy przypadało:

Na	I rok	— 124 stud.	w tem	12	rep.
„	II „	— 127 „	„	10	„
„	III „	— 136 „	„	3	„
„	IV „	— 130 „	„	3	„

Z końcem roku akad. odbyły się egzaminy przejściowe oraz dyplomowe.

Wynik tych egzaminów — według sprawozdań PP. Przewodniczących Komisyj Egzaminacyjnych — przedstawia się następująco:

Otrzymało promocję na II kurs po zdaniu wszystkich egzaminów z I roku — 108 studentów.

Nie zostało promowanych wskutek niezdania egzaminu 16 studentów.

Promowano na III kurs po zdaniu przepisanych egzaminów z II roku 113 studentów.

Pozostawiono na 2-gi rok na II kursie 13 studentów.

Skreślono 1 stud. z powodu niezdania egzaminów w terminie przepisowym.

Z III na IV rok przeszło 134 studentów.

Zatrzymano na 2-gi rok na III-cim kursie 2 studentów.

Wreszcie zdało całkowity egzamin dyplomowy 97 absolwentów oraz 5 uzupełniło egzamin dyplomowy z r. 1933/34. Ponadto 4 nostryfikantów, odbywających studja w Akademji, otrzymało nostryfikowane dyplomy.

Nie zdało z	1	przedmiotu	17 absolwentów
„ „ „	2	„	2 „
„ „ „	3	„	2 „

Odstąpił od egzaminów z powodu choroby 1 absolwent.

Pod względem: narodowości, wyznania i płci statystyczne dane o studentach Akademji w roku ak. 1934/35 przedstawiają się w ten sposób:

Studjowało:	Polaków	— 426	
	Ukraińców	— 12	
	Niemców	— 3	
	żydów	— 48	
	Bułgarów i innych	— 28	wśród nich jeden Japończyk
	Chrześcijan	— 402,	wyzn. mojż.—115
	Mężczyzn	— 147 =	28.6%
	Kobiet	— 370 =	71.4%

Imatrykulacja nowowstępujących odbyła się dnia 22 października 1935 r.

Niezamożnym a pilnym studentom (kom) władze szkolne przychodziły z pomocą materjalną w formie stypendjów, i zapomóg zwrotnych lub bezzwrotnych, czy wreszcie przez odraczanie terminu płatności opłat szkolnych.

W roku zeszłym otrzymało pełne stypendja państwowe 2 studentów. Ze stypendjum, ufundowanego przez Zarząd Miejski m. st. Warszawy korzystała 1 studentka. Pół stypendjum państwowego przyznano 22 studentom. Zapomóg zwrotnych wypłacono na ogólną kwotę zł. 3.900 — 42 studentom, bezzwrotnych udzielono w sumie zł. 10.065— 103 studentom.

Studentów chorych brała w opiekę Kasa Chorych, która w ciągu roku wykazała się następującą działalnością.

Udzielono studentom u lekarzy 1540 porad lekarskich. Wizyt lekarskich w domu u chorych było 190. Przebywało na kuracji w szpitalu 2 studentów, w sanatorjach 5 studentów. Wydatki Kasy stanowią sumę prawie 6.000 zł., z których honorarja lekarskie wynosiły 1.860 zł., rachunki za lekarstwa 2.075,87 zł., koszty leczenia w sanatorjach, względnie szpitalach 184,50 zł., zapomogi na leczenie 1.028 zł., i inne wydatki 850 zł. Wszyscy nowowstępujący — bez wyjątku — zostali zbadani lekarsko i każdy zaopatrzony został w kartę zdrowia.

Ażeby nie zajmować zbyt dużo czasu na szczegółowe przedstawienie sprawozdań z działalności poszczególnych katedr i klinik, ograniczę się tylko do zakomunikowania, że w Akademji Stomatologicznej pracowali następujący lekarze i lekarze-dentyści, prócz profesorów:

W Klinice Chirurgji Stomatol.: 1 adjunkt, 9 asystentów i asystentek, 49 wolontarjuszy.

W Klinice Dentystyki Zachow.: 1 adjunkt, 12 asystentek i 10 wolontarjuszy.

W Klinice Protetyki Dentyst.: 7 asystentów i asystentek i 14 wolontarjuszy.

W Klinice Ortodontycznej: 1 adjunkt, 2 asystentów i 4 wolontarjuszy.

Prócz tych katedr specjalnych prowadziło 16 profesorów wykłady zlecone z przedmiotów przyrodniczo lekarskich.

Prace naukowe, jakie wyszły z pod pióra niektórych pracowników katedr specjalnych, są następujące:

Z Kliniki Chirurgji Stomatologicznej wyszło 9 prac, a mianowicie:

Prof. D-ra Alfreda Meissnera, Kierownika Kliniki:

1) Ogólny rys zapalenia kości szczęki (Kronika Dent. Nr. 2/35).

2) Przyczynek do chirurgicznego postępowania przy zapaleniu szpiku kostnego trzonu dolnej szczęki (Dwumiesięcznik Stomatolog. Nr. 1/35).

3) Przyczynek do techniki wyjmowania zęba mądrości (Dwumiesięcznik Stom. Nr. 2/35).

4) O obrażeniach postrzałowych dolnej szczęki i zębów oraz ich leczeniu w świetle współczesnej chirurgji. (Dwumiesięcznik Stomat. Nr. 3/35).

Adjunkta lek.-dent. Zofji Kłoskowskiej - Wejrochowej.

1) Przypadek samoistnie zlikwidowanego ropnia przygardłowego na tle zębowem u ciężko chorej cukrzycowej przy stosowaniu insuliny (Dwumiesięcznik Stom. Nr. 1/35).

St. Asystenta lek.-dent. Janusza Krzywickiego:

1) Zapalenie kości długich a zapalenie kości szczęk (Dwumiesięcznik Stom. Nr. 1/35).
2) Dwa przypadki ropowic śródpiersia pochodzenia zębowego (Dwumiesięcznik Stom. Nr. 2/35).

Kont. st. Asystentki lek.-dent. Marji Szaniawskiej:

1) Niezwykła przyczyna zębowa zakażenia ustnego (Dwumiesięcznik Stom. Nr. 1/35).
2) Rozważanie nad czynnikiem mechanicznym przy paradentozie (Dwumiesięcznik Stom. Nr. 3/35).

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej wyszło 9 prac, a mianowicie:

Doc. D-ra Konrada Szepelskiego — Adjunkta Katedry:

1) Djagnostyka różniczkowa zapaleń miazgi (Polska Stomatologja 1935).
2) Terapja fizykalna w praktyce codziennej (Polska Stomatologja 1935).
3) Das modifizierte Carnoy'gemisch als Devatalisationsmittel der Pulpa (Zahnärztliche Rundschau 1935 r.).
4) Demalgon in der Bekämpfung d. Hypersthesie des Dentins. Z. R. 1935.
6) Shioo-koo-aru sinsei-sitsu saino Demalgon tsuide. Rin-skoshika 1935 Japonja Osaka.
7) Wady rozwojowe uzębienia ludzkiego (Dwumiesięcznik Stomatol. 1935).
8) Srebro kolloidalne w stomatologji (Dwumiesięcznik Stomat. 1935 r.).
9) Drugi Zjazd Stomatologiczny A. S. I. w Bolonji. (Dentyst. Wiad. Związk.).

Z Kliniki Protetyki Dentystycznej wyszło 8 prac, a mianowicie:

Dr. med. Witolda Cybulskiego — Zastępcy Profesora,
Kierownika Kliniki:

1) O sposobach utrwalania częściowych dostawek ruchomych (Przegl. Dent. Nr. 10 1934 r.).
2) W sprawie szkół zawodowych dla techników dentystycznych (Przegl. Dent. Nr. 11 1934 r.).

3) Sprawozdanie z działalności Kliniki Protetycznej Akademji Stomatol. za ostatnie pięć lat. (Przegl. Dent. Nr. 12 1934 r.).

4) Torbiel zawiązkowa, zawierająca 4 zęby niedokształcone nadliczbowe. (Przegl. Dent. Nr. 3 1935 r.).

5) Wpływ obróbki cieplnej na stopy złota, używane w protetyce dentystycznej (Przegl. Dent. Nr. 6 — 7 1935 r.).

St. Asystentki lek-dent. Janiny Galasińskiej-Landsbergerowej:

1) Trzyćwierciowa korona w świetle dawnych i nowych poglądów (Przegląd Dent. Nr. 12 1935 r.).

St. Asystentki lek.-dent. Oktawji Lubczyńskiej:

1) Częściowa analgezja jamy ustnej na tle kiły (Przegląd Dent. Nr. 5 1935 r.).

Lek.-dent. Juljusza Konstantina:

1) Szczoteczka a schorzenia okolic przyzębnych (Przegląd Dent. Nr. 11 1934 r.).

Z Kliniki Ortodontycznej wyszła 1 praca, a mianowicie:

Doc. D-ra Marjana Zeńczaka — Zastępcy Profesora, Kierownika Kliniki:

1) Teorje artykulacyjne a praktyka protetyczna przy bezzębiu (Przegląd Dent.).

Razem wyszło w roku sprawozdawczym z klinik uczelni 27 prac naukowych.

Na zakończenie dzisiejszego sprawozdania proszę pp. Profesorów Akademji Stomatologicznej oraz ich Asystentów o przyjęcie wyrazów uznania i serdecznego podziękowania za pracę spełnianą przez nich z całą sumiennością i gorącem poświęceniem dla dobra przyszłych adeptów stomatologji oraz nauki polskiej.

Dziękuję również personelowi urzędniczemu za okazywaną mi wydatną pomoc przy mojej pracy rektorskiej oraz pozostałym pracownikom za sumienne wywiązywanie się ze swych zadań służbowych. Na tem kończę sprawozdanie i proszę Pana Dr. M. Zeńczaka o wygłoszenie odczytu.

Ad. III.

Zast. Prof. Doc. Dr. M. Zeńczak.

ZNIEKSZTAŁCENIA SZCZĘKOWE NA TLE KRZYWICY.

Lecznictwo regulacyjne wyprzedziło w ortodoncji znajomość przyczynowego powstawania zniekształceń, podobnie jak zabiegi lecznicze w innych działach praktycznej medycyny przyczynę schorzeń.

Zasady naukowego poznania nieprawidłowości szczęk, a właściwie ich powstawania są nam nadal jeszcze w wielu punktach niejasne.

Do niedawnych czasów umysły ortodontystów wysilały się w kierunku rozgrupowania nieprawidłowości w pewne systemy djagnostyczne. Zapoczątkowane przez Amerykan z Anglem na czele klasyfikacje nieprawidłowości według schodzenia się zębów, podjęte następnie przez Simona i innych w kierunku uchwycenia ułożenia szczęk i zębów w stosunku do kośćca twarzowo-czaszkowego metodami gnatostycznemi i fotostatycznemi, przeszły kolejno za inicjatywą Izarda w metody pomiarowe biometryczne, by przerodzić się następnie w metodę telerentgenograficzną, obecnie jeszcze w szczegółach wykonawczego postępowania niezbyt dokładnie opracowaną. Ostatnio dopiero wyłania się próba stworzenia nieprawidłowości według przyczynowego ich powstawania.

Zwrócenie myśli ortodontystów w kierunku wyłącznie djagnostycznym wpłynęło niekorzystnie na rozwiązanie niejasności, a często nielogiczności w tłumaczeniu przyczyn, wywołujących nieprawidłowościowe schorzenia szczęk.

Otoczenie zauważa nieprawidłowości u dziecka, najczęściej między 10—12 rokiem życia. Jednakże przyczyny, prowadzące do ich wytworzenia się, muszą zadziałać wcześniej. Przy badaniu przyczyn okazuje się, że przeważna część zniekształceń występuje pod wpływem czynników zewnętrznych, przyczem wiek dziecięcy może już być zapóźny, a musimy sięgać do okresu wcześniejszego, do okresu niemowlęctwa od momentu przyjścia na świat, a nawet do życia płodowego w łonie matki.

Obserwacje porównawcze szczęk i kształtu bezzębnych łuków z okresu niemowlęctwa wykazują pewne różnice w najwcześniejszej już młodości. Jako normalną szczękę niemowlęcą przyjąć musimy przypadki, gdy łuk bezzębnego wyrostka jest symetryczny o równomiernem zakrzywieniu i pałszczyźnie poziomej bez wypukleń lub wgłębień tak, by łuki górny i dolny przy zetknięciu się przebiegały w dwu prawie równoległych płaszczyznach. W szczękach nienormalnych rzuca się przedewszystkiem w oczy nierównomierność zakrzywienia bezzębnego łuku, przyczem zmienia się stosunek długości łuku do szerokości, przybierając w szczęce górnej formę łuku zwężonego z wybitnem spłaszczeniem, dochodzącem do linji prawie prostej w okolicy późniejszych kłów, a w szczęce dolnej występuje wybitnie załamanie łuku w okolicy brody, czyli w zakresie późniejszych zębów przednich. Deformacje szczęk zaobserwujemy wybitniej jeszcze w czasie wzrostów zębów mlecznych. Spłaszczenia łuków udzielają się zębom i widzimy ustawienie się wyrastających zębów bocznych pod kątem w stosunku do przednich. Zęby boczne trzonowe mleczne pozostają w przybliżeniu w normalnem oddaleniu, a tylko w zakresie siekaczy mamy uzębienie mleczne ścieśnione, zachodzące na siebie. Przytem siekacze górne są zazwyczaj wysunięte ku przodowi z kłem ustawionym na spłaszczeniu, a siekacze dolne oprócz ściśnienia przechylone dojęzyko-

wo. Brak wybitniejszych zniekształceń w zakresie zębów bocznych tłumaczymy większą odpornością bocznych odcinków szczęk, wzmocnionych naturalnemi pogrubieniami kości, a mianowicie w szczęce górnej nasadą kości jarzmowej, w szczęce dolnej grzebieniami kostnymi linea obliqua po stronie policzkowej i linea mylohyoidea po językowej.

Oprócz załamań łuków daje się zauważyć względnie często asymetrja strony prawej do lewej. że takie zniekształcenia nie są wrodzone, świadczą o tem badania Korkhausa, który podobnych zmian nie zauważył na szczękach noworodków w pierwszym dniu po urodzeniu. Statystyka, podana przez Kantorowicza, wykazuje, że zniekształcenia szczękowe dotyczą najczęściej tylko szczęki górnej 47%, rzadziej obu szczęk równocześnie 10,6%, a najrzadziej samej szczęki dolnej 7,6%.

Widzimy więc, że wpływ szkodliwy z okresu niemowlęctwa daje się zaobserwować głównie w szczęce górnej, podczas gdy szczęka dolna okazuje się bardziej odporną.

Przyroda dąży do wytworzenia kształtów normalnych. Jeżeli występują zniekształcenia, musi być jakaś siła przeciwdziałająca, względnie przyczyna przeciwstawiająca się prawom natury np. większa podatność kości na czynniki zewnętrzne.

Większej podatności kości musimy szukać w przyczynach wewnętrznych ustroju. Z patologji wiemy, że podatność kości wywołują następujące schorzenia: krzywica, wrodzona miękkość kości, osteomalacja i ostitis fibrosa. Dwie ostatnie, jako schorzenia wieku późniejszego, odpadają dla wieku dziecięcego.

Pozostają więc do uwzględnienia krzywica i wrodzona miękkość kości. O istnieniu wrodzonej miękkości kości przypuszczać musimy na zasadzie stwierdzenia obecności zniekształconych szczęk u osesków bez żadnych zresztą objawów krzywiczych. Inni autorowie twierdzą, że krzywica może występować już u płodu. U bardzo młodych niemowląt, dotkniętych krzywicą, powstają miękkie ogniska w czaszce (craniotabes); są one zwykle pierwszym, a niekiedy jedynym objawem klinicznym krzywicy. Guzy na głowie rozwijają się z reguły w drugiej połowie pierwszego roku życia, dając obraz głowy powiększonej, czworobocznej. Zmiany w spojeniach chrzęstno-trzonowych kości długich zaczynają się pojawiać w wieku około 6-ciu miesięcy; trwają one tak długo, jak długo postępuje szybko kostnienie w odnośnych odcinkach, o ile chodzi o żebra do około 18 miesięcy, w kościach długich kończyn, aż do czwartego roku życia. W umiarkowanie ciężkich przypadkach krzywicy, spostrzeganych w wieku od 6 — 8 miesięcy, mamy zespół objawów: głowa powiększona, czworoboczna, żebra zmienione różańcowato, klatka piersiowa wąska i głęboka, brzuch wystający, nasady nadgarstków i kostek u nóg symetrycznie zgrubiałe. Na skutek siedzącej pozycji dziecka rozwijają się zmiany w kręgach oraz w miednicy. Zależnie od siedzenia ze skurczonemi nogami spotyka się ponadto zniekształceniowe przegięcia goleni. Wygięcie kości rąk, powstałe w tym okresie, jest wynikiem podtrzymywania ciężaru ciała na rękach. Jeśli czynna krzywica utrzymuje się aż do czasu, kiedy dziecko zaczyna cho-

dzić, nogi cierpią więcej niż ręce. W tym czasie mogą się zacząć wytwarzać kolana k-sobne (nogi w kształcie litery X), podudzia szablowate, przegięcia nóg w kształcie litery O oraz biodra szpotawe (coxa vara). Początkowe wygięcie kręgosłupa lędźwiowego ku tyłowi (kyphosis lumbalis) ustępuje miejsca nadmiernemu wygięciu ku przodowi (lordosis). Zniekształcenia w organiźmie występują przedewszystkiem jako zgrubienia w miejscach szybkiego rozrostu kości na głowie i u nasad kości długich na żebrach i kończynach oraz jako przegięcia pod wpływem ucisku ciężaru ciała przekrzywienia kręgosłupa, miednicy, rąk i nóg.

U dzieci rachitycznych stwierdził Korkhaus zniekształcenia szczękowe w 70,8% przypadków przeważnie w szczęce górnej. U dzieci bez wyraźnych objawów rachitycznych w 57% przypadków zniekształcenia stopnia mniejszego i tylko w szczęce górnej. Badania te były przeprowadzone na dzieciach, znajdujących się w przytułku, w pewnego rodzaju klinice dziecięcej czyli na materjale mniej wartościowym, bo waga dzieci bez objawów krzywiczych była o 30% niższa od normalnej, a u rachitycznych jeszcze bardziej niską. że krzywica wpływa na pewne zniekształcenia szczęk, jest bezsprzeczne. Krzywica jest przytem czynnikiem rozmiękczającym kości, a na miękką kość mogą zadziałać zniekształcająco siły zewnętrzne. Rachityczna miękkość kości nie występuje równocześnie jednakowo silnie na wszystkich kościach. Przyczyn wewnętrznych, z jakiego powodu tak się odbywa, nie znamy. Nie możemy również z samych deformacyj na innych częściach ciała wnosić o stopniu zniekształcenia szczęk, ponieważ to zależy od długości czasu i natężenia siły wpływającej na zniekształcenie. Nie będzie wszystko jedno, czy dziecko smoczek tylko ssie, czy też równocześnie i gryzie, jak również czy przyzwyczaiło się trzymać tylko do snu w ustach — czy też przez cały dzień. Zarazem należy przyznać objawom krzywicy jeszcze pewne cechy swoiste, t. zn., że krzywica może występować perjodycznie i z rozmaitem natężeniem wpływać na poszczegóne części szkieletu. W ten sposób moglibyśmy sobie tłumaczyć powstanie zniekształceń szczęk bez innych objawów rachitycznych, stwierdzalnych klinicznie.

Z dalszych przyczyn wewnętrznych, powodujących rozmiękczenie kości, mogą być wzięte pod uwagę zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu gruczołów, lecz zarazem można uważać, że rachitis powstaje też w ścisłym związku z zaburzeniami gruczołowemi. O zaburzeniach w wydzielaniu, jako przyczynie zniekształcenia szczęk, wspominają wszyscy autorowie, lecz nie dają na to dowodów. Przy lues congenita dotychczas nie stwierdzono zmniejszenia twardości kości bez równoczesnej rachitis.

Wszystkie przyczyny wewnętrzne, w następstwie których dochodzi do przekrzywień szczękowych, dadzą się sprowadzić w ostateczności do rozmiękczenia kości na tle krzywicy. Zniekształcenie normalnie rozwiniętej i zdrowej kości mogłoby wystąpić dopiero pod wpły-

wem bardzo znacznych sił zewnętrznych, co należy do rzadkości i praktycznie nie jest brane w rachubę.

Z sił fizjologicznych, wpływających na szczęki, wymienić należy ciągnienie mięśni, siłę ciężkości i ciśnienie atmosferyczne.

Przy ciągnieniu mięśniowem musimy wyróżnić grupy mięśni żujących, czyli zamykających szczęki, mięśni otwierających, idących od brody do kości gnykowej i mięśni mimicznych.

Mięśnie zamykające szczęki czyli żujące, do których należy mięsień żwacz m. masseter, skrzydlaty wewnętrzny m. ptyrygoideus internus i mięsień skroniowy m. temporalis odgrywają rolę przy pracy gryzienia czyli spożywania pokarmów stałych pod koniec pierwszego roku życia po ukazaniu się zębów przednich. Przy gryzieniu grupa mięśni zamykających szczęki, znajduje się w środku między dwoma punktami oparcia na zębach przednich i w stawie. W wyniku pracy żucia dojdzie zatem przy rozmiękczonej kości w kącie żuchwy do rozpłaszczenia kąta żuchwy, co da w efekcie stałe wysunięcie szczęki dolnej ku przodowi. Jeżeli rozmiękczenie kości obejmie ramię wstępujące, dojdzie do skrócenia ramienia wstępującego żuchwy czyli wytworzenia się zgryzu otwartego całkowitego z oparciem się późniejszem na zębach ostatnich, a niedomykaniem zębów przednich. W końcu przy rozmiękczeniu kości w zakresie zębów przednich może dojść do zahamowania wzrostu siekaczy i późniejszego wytworzenia się w zgryzie szpary między zębami przedniemi czyli zgryzu otwartego częściowego.

Mięśnie otwierające czyli idące do kości gnykowej mają działanie spłaszczające łuk szczęki w części przedniej. Przytem według doświadczeń Schrödera główną rolę odgrywają mm. genioglossus i geniohyoideus, a w nieznacznym stopniu digastricus. M. mylohyoideus, tworzący dno jamy ustnej, może nieznacznie zwęzić przedni odcinek żuchwy, a w tylnej i środkowej części zadziałać przechylając ku językowi. Przy przyjmowaniu pokarmów u dziecka w czasie ssania mięśnie, odciągające szczękę dolną, pracują silnie. Jest zatem zrozumiałem, że w szczękach rachitycznie rozmiękczonych w miejscu przyczepu mięśni bródkowych (spina mentalis) następują silne wciągnięcia i załamania łuku.

Mięśnie mimiczne ust dają się ująć w dwie grupy: mięsień okrężny m. orbicularis oris i mięśnie idące promienisto od kąta ust m. zygomaticus, m. caninus, m. risiorus mm. incisivi nasales i t. d.

Wpływ mięśni mimicznych na deformacje szczęki dziecka jest mało prawdopodobny. Eichler widzi w mięśniu okrężnym ust działanie spłaszczające łuki szczękowe. Schröder przypuszcza, że mięśnie, idące z kąta ust, działają na wyrostek zębodołowy zwężająco. Czynność mięśni mimicznych u dziecka jest zbyt słaba, by mogła mieć jaki wpływ na układ kostny. Przytem działanie zniekształcające mogłoby wystąpić w wypadku, gdyby przy napięciu mięśni wystąpił ucisk na kość. Przy ściskaniu warg istnieje wprawdzie ucisk na podłoże kostne i przy długotrwałem działaniu występuje zniekształcenie, ale przyzwyczajenie to występuje rzadko i zauważone bywa tylko u dzieci

w wieku późniejszym — szkolnym. Wpływ mięśni, przyczepiających się w kącie ust, nie może zadziałać na szczęki, bo one pociągają wargę, a więc pokonują opór ciężaru wargi, względnie jej elastyczności, a tem samem siła działania ich jest zbyt słabą, by nawet przy najbardziej wybitnem rozmiękczeniu kości mogło dojść do widocznych zmian ciągnienia w miejscu ich przyczepu kostnego.

Siła ciężkości jest czynnikiem bardzo ważnym w deformacjach rachitycznych organizmu. Zgięcie kończyn — garb są jej wynikiem. Przy siedzeniu i noszeniu ciężar ciała powoduje skrzywienie kręgosłupa, a przy próbach chodzenia, gdy rozmiękczone kości kończyn dolnych nie są w stanie utrzymać ciężaru ciała przychodzi do ich przegięcia. W jamie ustnej siła ciężkości nie odgrywa właściwie żadnej roli. Przy spaniu szczęki spoczywają na poduszkowatym policzku, więc są przez policzki chronione. Zniekształcenie pod wpływem siły ciężkości mogłoby wystąpić dopiero przy podkładaniu przez dziecko w czasie snu pięści jednej lub obu pod policzki.

Najczęstsze zniekształcenia szczękowe powoduje ucisk ciśnienia atmosferycznego. W literaturze, która jest bardzo obfita, co do wpływu oddechania przez usta na szczęki w wieku późniejszym, mało zwracano uwagi na wiek dziecięcy. Kantorowicz zachodzące zmiany ciśnienia przy oddechaniu przez usta definiuje następująco. Przy oddechaniu normalnem przez nos w chwili wdechu klatka piersiowa i płuca się rozszerzają. Przez rozrzedzenie powietrza takowe wciska się drogą nosową aż do wyrównania ciśnienia. Przy wydechu przez zwężenie klatki piersiowej przychodzi do ucisku płuc i wyciśnięciu z nich zawartego powietrza. W czasie wdechu powstaje więc ciśnienie ujemne, w czasie wydechu dodatnie. Oba ciśnienia są w przybliżeniu sobie równe i równoważą się w swoim wpływie na aparat szczękowy. W normalnych warunkach nie przychodzi więc do deformacji szczęk. Wustrow jedyny temu przeczy, twierdząc, że przy wdechu jest ujemne ciśnienie w jamie nosowej i ustnej. Przy wydechu natomiast na skutek wentyla podniebienia miękkiego w nosie powstaje ciśnienie dodatnie, a w jamie ustnej pozostaje ujemne.

Do zniekształceń szczękowych dochodzi zawsze przy zaburzeniach w oddechaniu. Zaburzenia w oddechaniu występują na tle przeszkody mechanicznej w drogach oddechowych przez zwężenie przewodu nosowego lub gardłowego na tle bujania adenoidalnego. Obrzmienie migdałka gardłowego i otaczających organów limfatycznych, spotykane często jako objaw skazy wysiękowej, mogą sprowadzić również bardzo znaczne zaburzenia w normalnem oddechaniu. Przy wdechu, gdy potrzebna ilość powietrza musi dojść do płuc przez zwężone drogi, wytworzy się w jamie ustnej większe rozrzedzenie powietrza aniżeli normalnie. Przy wydechu pozostaje natomiast droga wygodniejsza przez usta, bo tylko wargi stawiają tu zaporę. Niema więc wyrównawczego działania ciśnienia a rozrzedzenie przy wdechu przeważa tak wybitnie, że ciśnienie atmosferyczne zewnętrzne przy każdym wdechu przyciska policzek do szczęk. Z chwilą więc gdy oddechanie

przez nos jest utrudnione, ciśnienie atmosferyczne działa uciskająco na szczęki i forma ich może uledz zmianie. Szczęka górna z kształtu eliptycznego przechodzi w zwężoną z boków z przodem wysuniętym. Szczęka dolna o trzonie bardziej opornym wytrzymuje ucisk, a tylko zęby boczne przechylają się ku językowi. Ucisk na szczękę dolną, idący od przodu równocześnie z bocznym, przesuwa stopniowo żuchwę ku tyłowi. Nastąpić zatem może zahamowanie szczęki dolnej w dalszym rozroście, albo przekrzywienie główki stawowej lub też następowa zmiana kąta żuchwy, przyczem wytwarza się kąt zbliżony do prostego.

U niemowląt bujania adenoidalne są podawane jako jeden z objawów krzywicy. Czyli stwarzają się warunki, wywołujące ucisk deformacyjny na szczękę i dogodne podłoże miękkich kości do zniekształcenia.

Ciśnienie atmosferyczne oddziaływa u dziecka na szczęki szczególnie przy akcie ssania. Ssanie dziecka nie jest czynnością połączoną z wdechem, jak to bywa u starszych przy wciąganiu gorących płynów, by przez głęboki wdech sprowadzić silne rozrzedzenie powietrza w jamie ustnej i wciągać płyn. Picie u dorosłych odbywa się przez rozszerzenie przestrzeni jamy ustnej zewsząd zamkniętej. Rozszerzenie jamy ustnej następuje przez opuszczenie ku dołowi języka, który działa jak stempel w strzykawce. Równocześnie z pociąganiem języka ku dołowi dochodzi do rozpłaszczenia jego. U dziecka proces karmienia i rozszerzenia jamy ustnej przebiega według Auerbacha nieco inaczej. Dziecko, uchwyciwszy szczelnie brodawkę sutkową, przy ustach zamkniętych, pociąga szczęką dolną ku dołowi. Przez to wytwarza się jama ssąca w przedniej części podniebienia, powiększona przez cofnięcie języka ku tyłowi. Język następnie opuszcza się ku dołowi i rozpłaszcza przy działaniu mięśni genioglossus i hyoglossus. W tej pierwszej fazie nie wydobywa się jeszcze mleko z piersi matki. Zadaniem stworzenia jamy ssącej nie jest więc wydobycie mleka, lecz według Pfaundlera sprowadzenie mleka z głębszych przewodów do bardziej zewnętrznych, a właściwie jama ssąca służy do utrzymania brodawki w prawidłowem położeniu w ustach dziecka. W drugiej fazie zamyka się szczęka dolna i uciskiem przedniej części wyrostka wyciska mleko z brodawki sutkowej, która jest ułożona na języku. Mleko spływa po rynience języka i przechodzi poza miękkie podniebienie do przełyku. Proces ssania jest więc naprzemian ssaniem i ściskaniem brodawki sutkowej przez szczękę i język. Proces ten jest podobny do zabiegu przy dojeniu. Muskulatura policzka przy procesie ssania nie bierze czynnego udziału, lecz bywa tylko przez ciśnienie atmosferyczne wpuklana i do szczęk przeciskana. Ciśnienie atmosferyczne u dzieci karmionych piersią nie wywołuje żadnych zmian w kształcie szczęk, bo dzieci piersią karmione nie są przeważnie rachityczne, a przytem proces odżywiania trwa stosunkowo niedługi czas. Sumarycznie w ciągu dnia 1 — 1½ godziny. U dzieci karmionych flaszeczką proces karmienia odbywa się nieco inaczej w warunkach dla dziecka bardziej niekorzystnych.

Mleko z flaszeczki wypływa tylko przy dostatecznie silnem ssaniu czyli wytworzeniu negatywnego ciśnienia w jamie ustnej. Ucisk na gumkę, jak to bywa przy wyciskaniu mleka z brodawki sutkowej, spowoduje powrót mleka do flaszeczki. Niema zatem u dziecka karmionego flaszeczką czynnego ucisku szczęki i języka, a więc czynnościowego wzmocnienia budowy szczęki, a jest tylko czynność ssąca. Jama ssąca jest i przy karmieniu flaszeczką wytwarzana przez opuszczanie ku dołowi szczęki i języka.

W procesie ssania z flaszeczki muszą następować przerwy, ażeby powietrze mogło wciskać się do flaszki, inaczej mleko nie mogłoby być wyssane. Dziecko karmione flaszeczką wykonuje intensywną pracę ssania i policzki do szczęk są silnie przyciskane podobnie jak to bywa przy utrudnionem oddechaniu przez nos. Jeśli mamy do czynienia równocześnie z podatną kością na skutek krzywicy, to dochodzi do zwężenia szczęki górnej pod wpływem ucisku policzków. Odcinek przedni szczęki jest wprawdzie od ucisku pominięty, bo tu spoczywa gumka, smoczek, ale samo już zwężenie łuku powoduje wypchnięcie części przedniej ku przodowi, a niezależnie od tego występują zniekształcenia uciskowe przylegającego smoczka jako ciała obcego.

Szczęka dolna ulega również wpływowi ucisku. Ponieważ budowa kostna trzonu żuchwy jest bardziej wytrzymała i stawia opór dostateczny na ucisk boczny, powstaje zazwyczaj tylko spłaszczenie łuku w części przedniej i cofnięcie całej szczęki ku tyłowi. Przegięcia wyrostka zębodołowego w poziomie mogą wystąpić dopiero przy ssaniu i nagryzaniu smoczka przez dzień cały — do czego się zwykle dzieci karmione flaszką rychlej przyzwyczajają.

Należy jeszcze pokrótce wspomnąć o czynnościach oseska — pozostających w związku z aparatem szczękowym. Jako takie mogą być wzięte pod uwagę: przyjmowanie pokarmów, przyzwyczajenia, spanie i płacz.

Przyjmowanie pokarmów odbywa się drogą ssania. W czasie aktu wyciągania mleka z piersi matki, dochodzi do ucisku na szczęki policzków i pociągania mięśniowego. Przy obniżaniu języka i szczęki ku dołowi działają mięśnie geniohyoideus, genioglossus, digastricus i przednia część m. mylohyoideus. Zmian jednakże w formie szczęki dziecka piersią karmionego nie zauważamy z powodu dostatecznej wytrzymałości kości. U dzieci flaszką karmionych występująca równocześnie krzywica jest podłożem dla powstania przekrzywień, przytem mechanizm ssania z flaszeczki, odbywający się nieco odmiennie, spowodowuje ucisk atmosferyczny większy niż normalnie. Zwiększony ucisk atmosferyczny zewnętrzny, podatność kości rachitycznej i ciągnienia mięśniowe przy akcie ssania są czynnikami wspólnie działającemi, sprowadzającemi przekrzywienia kostne zniekształcające szczęki.

Przytem zwrócić uwagę należy, że dziecko flaszeczką karmione rychło przyzwyczaja się do smoczka, niejako żąda go dla uspokojenia

się i cały dzień trzyma w ustach. W braku smoczka trzyma w ustach palec jeden lub nawet kilka. Przez to niekorzystne warunki rozciągają się na dzień cały, a ponadto dodany jest przeginający ucisk obcego ciała, trzymanego w ustach.

Z czasem zaczyna dziecko przyjmować pokarmy bardziej stałe, twarde. Działanie mięśni żujących na zewnętrzną kość spowodowuje rozpłaszczenie kąta żuchwy z omówionem uprzednio następowem wysunięciem szczęki dolnej ku przodowi, względnie skróceniem ramienia wstępującego i uformowaniem zgryzu otwartego.

Działanie deformacyjne odbywa się pośrednio w pewnych przypadkach na szczęce górnej i w okresie późniejszym. Przy wcześnie zaczętej krzywicy mleczne trzonowce mają budowę słabszą i mogą uledz zbyt wcześnie próchnicy. Nacisk gryzienia przeniesie się wówczas w całości na zęby przednie, co może trwać kilka lat. Kość szczęki górnej jest podatniejszą w stosunku do wytrzymalszej dolnej i w wyniku długotrwałego gryzienia dziecka na zębach przednich występuje wygięcie wyrostka zębodołowego ku górze. Z tego później wytwarza się zgryz otwarty częściowy (Pfaff - Kantorowicz).

W zakresie zębów przednich występują zniekształcenia w szczęce górnej często jeszcze przed uzyskaniem uzębienia. Spotykamy wygięcia wyrostka zębodołowego ku górze i ku przodowi jako wynik ucisku smoczka lub palca, do czego dzieci mogą tak dalece się przyzwyczaić, że i minuty jednej bez palca lub smoczka wytrzymać nie mogą.

Mamy zatem do czynienia sze szkodliwościami przyzwyczajenia ssania smoczka i palca. Szkodliwość przyzwyczajenia ssania palca jest przez wszystkich uznawana, niema jedynie zgody co do czasu, w którym okresie życia szkodliwe jego działanie wystąpić może. Jedni uważają, że wpływ smoczka lub palca w I-szym roku życia jest nieszkodliwy, a zaczyna się dopiero z chwilą wzrostu wyrostka zębodołowego względnie zębów, czyli stworzenia powierzchni, na którąby mógł być ucisk wywierany.

Obserwacje jednak kształtów szczęk wykazują deformacje już w I-szym roku życia, a więc w okresie wczesnym, powstałe na skutek ssania palca. Wykorzenienie przyzwyczajenia ssania smoczka - palca przez lekarzy może wiele zdziałać w prawidłowszem rozwoju szczęk u wielu dzieci.

Czynny udział przy ssaniu smoczka-palca może być trojakiego rodzaju: albo mechanizm podobny do ssania z flaszeczki t. zn. stałe pociąganie języka ku tyłowi bez wywierania ucisku smoczka lub palca na szczęki, a tylko z uciskiem policzków siłą ciśnienia atmosferycznego; albo też pociąganie językiem ze szczęką dolną, ustaloną działaniem mięśni gnykowoszczękowych i w wypadkach takich uwidocznia się zniekształcający ucisk zewnętrzny w formie zwężonej szczęki górnej i cofniętej żuchwy; w trzeciej natomiast formie będzie górowało nagryzanie na smoczek, akcja nieco podobna do nagryzania przy ssaniu piersi. Forma ta zjawia się głównie w chwili ząbkowania i występuje wówczas naciskanie smoczka w okolicy wyrzynających się

zębów mlecznych. Wskutek nagryzania w przypadkach rozmiękczenia kości wystąpią deformacje naciskowe — zgryz otwarty.

Przy ssaniu palca zniekształca szczęki równocześnie ucisk samego palca, trzymanego w ustach, przyczem przedni odcinek wyrostka w szczęce górnej zostaje wychylony ku przodowi, a szczęka dolna, uciskana grzbietem kciuka, cofa się ku tyłowi.

Przy czystym akcie ssania względnie utrudnionem oddechaniu będzie zwężenie uciskowe szczęki, a przy nagryzaniu zmiany pociągania mięśniami, przyczem w obu przypadkach dołączyć się może deformacyjny ucisk palca.

Z pozostałych czynności fizjologicznych dziecka należy wymienić spanie i płacz.

Spanie zajmuje przeważną część życia niemowlęcego. W czasie snu może być przyzwyczajenie podkładania pięści pod policzki z następowem wgnieceniem szczęki przez uciskającą pięść, co zresztą jest u dzieci nader rzadko obserwowane. W płaczu dziecka trudno jest dopatrzeć się wpływu zniekształcającego mimicznej pracy mięśni wargowo - twarzowych. Dziecko przy płaczu głośno krzyczy i silnie zaciska powieki, bez wylewania przytem łez, usta są szeroko rozwarte i brak pociągania ku dołowi kątów ust i skrzydełek nosowych.

Głównem źródłem zniekształceń szczękowych, pochodzących z okresu I i II roku życia, jest obecność podatnej kości na tle krzywicy. Siły słabe, wywiązywane nawet przy stałem ssaniu smoczka, nie są w stanie wywołać zniekształceń bez równoczesnej podatności kości. Rozmaitemi stopniami rozmiękczeń krzywiczych, czyli mniej lub bardziej wybitną podatnością kości, tłumaczy się również niewspółmierność zniekształceń, występujących przy takich samych rodzajach przyzwyczajeń u dzieci.

Ad. IV.

WRĘCZENIE DYPLOMÓW.

Przed wręczeniem dyplomów rektor odczytał rotę ślubowania, które panie i panowie dyplomowani składali przez podanie ręki rektorowi, w chwili wręczania dyplomów.

Rota ślubowania brzmi następująco:

Przyjmując z wdzięcznością uprawnienia lekarza stomatologa, nadane mi przez naukę i zdając sobie w pełni sprawę z wysokiej wagi obowiązków, wkładanych na mnie tym tułem, ślubuję uroczyście:

„W ciągu całego mego życia niczem nie splamić zawodu, w który dziś wstępuję. Obiecuję nieść jak najstaranniejszą pomoc o każdej porze zwracającym się do mnie chorym, święcie zachowywać powierzone mi tajemnice zawodowe i nie nadużywać nigdy pokładanego we mnie zaufania. Obiecuję pracować nadal nad pogłębieniem swej wiedzy stomatologicznej, dążąc usilnie do jej rozwoju i niczego nie tając, dzielić się zawsze wynikami wszelkich moich badań naukowych. Obiecuję dbać o wysoką etykę zawodu, a względem kolegów i koleżanek być zawsze sprawiedliwym(ą) i nigdy nie obrażać ich czci. Ró-

wnocześnie zaś, o ile zajdzie tego konieczność, ze względu na dobro chorego, będę mówił(a) otwarcie szczerą prawdę. W skomplikowanych dla mnie przypadkach obiecuję zwracać się o poradę do lekarzy, posiadających większe odemnie praktyczne doświadczenie i wiadomości, a jeżeli będę wezwany(a) na konsyljum, postaram się oddać sumiennie pełną sprawiedliwość ich zasługom i staraniom".

Przystępuję do aktu wręczania dyplomów absolwentom z ubiegłego roku akadem., do których należą:

PP. Abczyńska Magdalena, Angełow Todor Antonow, Ankiewicz Karolina, Antoniewicz Helena Henryka, Arbusman Małgorzata, Baum Brucha, Bergor Mina, Bitny - Szlachta Marja Wanda, Blum Ruchla, Boćkowska Halina, z Bogdanowiczów Zielińska Helena, Bojdecki Stanisław Jan, Borensztejn Noema, Borkowska Berta, Bronisz Helena, Chadżi Donczew Mikołaj, Chrząszcz Tyla Welka, Cocow Damian Eftimow, Czackis Janina, Dąbrowska Krystyna Zofja, Drewnowska Zofja, Drutman Henryk, z Feodorowów Szpalerska Wiera, Fiłatow Alina Marta, Garbarska Frejda Chaja, Goldin Chaja, Gricman Seweryn, Grodka Katarzyna, Grynkiewicz Irena, Haja Henryk Paweł, Hajdenwurcel Fajga, Hanslik Paweł Bonifacy, Hornung Irena, Jacewicz Wanda Janina, Jakubska Janina, Jemielewska Barbara Bibjanna, Juszkiewicz Stanisława, Kenczewa Tomira Diankowa, Kojer Halina, Kojer Lucyna Henryka, Kolczyński Wacław, Kolimeczkow Dymitr Iwanow, Korczyńska Wanda Marja, Kostowski Zygmunt, Krotkiewska Halina, Krzanowski Władysław Józef Teofil, Krzciuk Zofja, Kuczyńska Cecylja, Kulczycka Jadwiga, Kühn Zofja Marja, Liebeskind Marceli, Łączyński Juljan Leon, Łotocki Karol, Mangel Cilli, z Mańkowskich Wiśniewska Regina, Miłodrowska Marja Aleksandra, Mińska Blima, Mitew Jordan Petkow, Morawska Halina Jadwiga, Neufeld Helena, Niedzielska Jadwiga Kazimiera, Olszewska Zofja, Pachoński Zdzisław Franciszek, Pachowska Eugenja Stanisława, Piotrowska Jadwiga Marja, z Piotrowskich Pawłowska Irena, Połtowicz Ida Janina, Popow Georgi Dymitrow, Pudełkiewicz Helena, Rasińska Wiktorja Kazimiera, Rodziewicz Rozalja, Roszkowska Zofja, Rotter Teresa Jadwiga, Rozsypoł Hildegarda Anna, Rusewa Iwanka Georgiewa, Rybak Janina Zofja, Rybczyński Anatol, Sadowska Marja Helena, Sapundżiew Dymitr Panczew, Sielicki Marjan, Sikorski Tadeusz Zdzisław, Słupczyńska Zofja Amelja, Sobocińska Marja Eugenja, Sommer Jadwiga Marja, Stapp Karol Gustaw, Sztandermajer Marja Jadwiga, Szwarcman Pesza, Szycko Jadwiga, Śmigielska Marja Anna, Świder Wanda, Świechowska Zofja Marja, Toboła Telesfor, Tenenbaum Sara, Urban Stefan Aloizy, Wachowska Harja, Wandstein Aleksander Süssel, Wilczyński Henryk Juljan, Wilkaniec Eugenja, Wronka Jadwiga Antonina, Zeja Halina, Ziółkowska Janina, Zyglarska Irena Karolina.

Z liczby wyżej wymienionych ukończyli Akademję z odznaczeniem: pp. Liebeskind Marceli, Łączyński Juljan Leon, Mangel Cilli, Neufeld Helena, Rusewa Iwanka narodowości bułgarskiej i Wandstein Aleksander.

Ad. V.

PRZEMÓWIENIE REKTORA DO DYPLOMANTÓW.

Jesteście Państwo już w posiadaniu dyplomów i za chwilę opuścicie tę salę; zakończył się w ten sposób ostatni epizod Waszego życia w Akad. Stomatologicznej. Zaczniecie żywot nowy, a to, co przeżyliście u nas, i złe i dobre, będzie dla Was już tylko wspomnieniem.

Uczelnia żegna Was ze szczerym sentymentem i życzy Wam spełnienia Waszych pragnień.

Dla nas jest odejście Wasze połączone i z pewną radością, że oto wychodzi stąd nowy zastęp młodzieży, przygotowanej do swego zawodu dla służby Państwu i społeczeństwu, i z pewnym smutkiem, że oto stracimy z oczu, może nazawsze, wielu z Was, którzy wnosili młodość i życie do murów naszych. Ale zanim odejdziecie, chciałbym, jako Wasz przewodnik, zwrócić Wam uwagę na 3 rzeczy, których chciałbym, abyście przestrzegali:

Bądźcie zawsze w zgodzie ze swojem sumieniem. Nieraz w życiu byłoby korzystniej działać niezgodnie z niem, jednak w wyniku ostatecznym korzyści materjalne, nabyte wbrew własnemu sumieniu, pozostawiają w duszy osad, który nie pozwoli nam szanować samych siebie. A módz w najgłębszem sumieniu szanować samego siebie, to daje bardzo silną podporę w życiu.

Dalej, jeżeli Wam przyjdzie walczyć z kimś, a to się zdarzy napewno, używajcie tylko szlachetnych i moralnych metod w tym celu. Nieraz ulegniecie wskutek tego w walce z przeciwnikami bez skrupułów. Należy to przyjąć ze spokojem w tem przeświadczeniu, że prawda potrzebuje nieraz długiego czasu, żeby się przedostać przez grubą skorupę kłamstwa.

Po trzecie wreszcie, kształćcie się ciągle w swej specjalności, w niej bowiem nigdy się za dużo nie umie i nigdy się nie dojdzie do kresu umiejętności. Ale gdy przekroczymy pewien stopień wykształcenia w swoim zawodzie i poczujemy się w nim mistrzami, jakież silne źródło zadowolenia wewnętrznego i szczęścia zdobędziemy przez to!

Temi słowami żegnam Was w imieniu Akademji Stomatologicznej. Bądźcie zdrowi i szczęśliwi.

Ad. VI.

PRZEMÓWIENIE PREZESA BR. POM. STUD. AK. STOM. ŚLÓSARCZYKA ZBIGNIEWA.

Jego Magnificencjo, Pan. Profesorowie, Dostojni Goście, Koleżanki i Koledzy!

Opuszczacie mury Uczelni, która wykształciła Was zawodowo. Rozstajecie się z gronem Profesorów, Asystentów i młodszymi Kolegami. Istotnie więc zrywacie z nami wszelkie węzły, ze swą Alma Mater, czy jednak duchowo i moralnie nie pozostaniecie przy niej? Kole-

żanki i Koledzy, wstępujecie dziś w szeregi starszego społeczeństwa, odtąd reprezentować będziecie wespół ze swymi starszymi Kolegami świat lekarski. Spada na Was z tego powodu duża odpowiedzialność, odpowiedzialność tem większa, że jesteście drugą nieliczną grupą, która opuszcza mury tej Uczelni z tytułem lekarza stomatologa. Od Was zatem w dużej mierze zależeć będzie, czy powaga i autorytet naszego nowego tytułu i dyplomu lekarskiego zachowane będą czy nie. Żegnam Was, Kol. i Kol., żegnam w nadziei, że ujmy naszemu zawodowi nigdy nie przyniesiecie, przeciwnie, wierzę w Wasze niezłomne stanowisko, jakie zawsze zabierać będziecie w obronie godności lekarza stomatologa.

Ad. VII.

PRZEMÓWIENIE PRZEDSTAWICIELA DYPLOMANTÓW LEKARZA STOMATOLOGA JULJANA ŁĄCZYŃSKIEGO.

Jego Mangificencja Panie Rektorze, Dostojni Panowie Profesorowie, Czcigodni Panie i Panowie Asystenci!

Wysoko cenię sobie zaszczyt, jaki przypadł mi w udziale w dzisiejszej podniosłej uroczystości — a mianowicie wyrażenia Wam imieniem koleżanek i kolegów tych uczuć, jakie w nas, Waszych wychowankach, opuszczających dziś mury Uczelni nurtują.

Wszystkich tych uczuć niepodobnem jest oblec w żywe słowo — górują jednak w nich dwa zasadnicze momenty.

Pierwszy, to podziw a z nim związany hołd dla Uczelni, w której na znojnej pracy spędziliśmy nasze studja — Uczelni, która będąc wyłącznie dorobkiem odradzającej się po wiekowej niewoli młodej państwowości polskiej i widomym świadectwem wysiłku twórczego Jej inicjatorów — a mozolnej pracy, graniczącej niejednokrotnie z samozaparciem się Ich następców — kroczy najpierw przez szereg lat jako uczelnia wyższa, a ostatnio przez najwyższe czynniki prawodawstwa państwowego do godności szkoły akademickiej podniesiona — wśród przeciwności wytrwale szlakiem, prowadzącym do jedynego celu, t. j. do podniesienia chwały nauki polskiej.

My — wdzięczni naszej Uczelni wychowankowie — dalecy jesteśmy od możności krytycznego wypowiadania się o wartości tych wszystkich poczynań, które jej należyty rozwój hamują; — możemy jednak z pełną świadomością podnieść, iż pozytywną istotnie pracą dla jej i polskiej stomatologji rozwoju, a zatem i pracy dla Państwa jest znojny trud Jej Dostojnych nauczycieli, kształcących coraz to nowe zastępy lekarzy - stomatologów — niźli stosy tworzonych na cierpliwym papierze lub słowem lotnem wypowiadanych, — a jakżesz często w skutkach zawodnych — teoretycznych wywodów, uzurpujących sobie chyba iure teoretico — prawo wyroczni.

Z uczuciami podziwu i hołdu łączy się i głęboka wdzięczność dla naszej Alma Mater — wdzięczność, iż w jej murach mogliśmy się kształcić i uzyskać dziś nam wręczone dyplomy lekarskie — nie tyl-

ko, jako potwierdzenie ukończenia naszych studjów — lecz przedewszystkiem, jako najwyższy zaszczyt przyjęcia nas do społeczności lekarskiej, — a więc społeczności, hołdującej poza najwyższem ideałem miłości Ojczyzny — jednemu z trzech najszczytniejszych ideałów, osiąganemu poprzez wolę i miłość bliźniego, t. j. ideałowi dobra jednostki a przez to i społeczności. Wdzięczność za dostąpienie tego zaszczytu jest długiem, zaciągniętym w stosunku do Uczelni — długiem, który starać się będziemy naszą dalszą wytrwałą pracą nad samym sobą i zastosowaniem w praktyce zasad przez Was Dostojni Panowie Profesorowie w nas wszczepionych — spłacić; zdajemy sobie jednak sprawę, iż dług ten mimo wszystko nadal niezupełnie uiszczonym zostanie, gdyż zbyt wielka rozpiętość wielkości istnieje między tem, co nam przypadło w udziale — a tem, co nasz choćby największy wysiłek dać będzie mógł.

Uczelnia — Alma Mater — z którą nas wszystko łączy a nic nie dzieli — jak dotąd była kuźnią naszej wiedzy — odtąd pozostanie na zawsze tym świetlanym drogowskazem, w stronę którego oczy nasze zawsze zwrócone będą — oraz zniczem, którego płomień w miarę najlepszych naszych sił potęgować będziemy usiłowali — a z którego jednocześnie czerpać będziemy i wiedzę i siły — na godne Jej i naszego powołania spełnienie szczytnego obowiązku.

Drugim zasadniczym momentem, decydującym o żywionych przez nas uczuciach — to głęboka wdzięczność — dla Dostojnego Grona Panów Profesorów z Jego Magnificencją Panem Rektorem na czele. Wysiłkom Waszym—przy współpracy Pań i Panów Asystentów—wysiłkom nieraz ze względu na trudne warunki, w jakich Uczelnia się znajduje — niemal ponad siły zawdzięczamy ten stopień wiedzy i wykształcenia, który pozwolił nam stanąć w szeregu tych, których powołaniem jest nieść pomoc cierpiącej ludzkości przez czynny udział w walce z jej najzaciętszym wrogiem — chorobą. Od zasad, któreście Dostojni w nas przez przeciąg naszych studjów wszczepiali, że zawód swój traktować winniśmy naukowo, sumiennie i z godnością, że winniśmy pozostać wierni zasadzie, iż nie lekarz rutynista, lecz lekarz myśliciel, lekarz zaprzęgający do rozwiązywania i leczenia przyczyny chorób, a nie jej objawów — wszystkie gałęzie wiedzy lekarskiej — jest tym, który tylko spełnić może swoje posłannictwo i przyjęty na siebie obowiązek, że uzdrawiając jednostki — podnosimy zdrowotność społeczeństwa — od tych zasad nie odstąpimy, a będziemy je stosować w codziennej swej pracy lekarskiej — zaś przyrzeczenie to pragniemy złożyć Wam Dostojni, jako serdeczną podziękę za wszystkie Wasze dla nas poniesione trudy. Rota ślubowania, którą złożyliśmy w ręce Jego Magnificencji — nie pozostanie dla nas czczą formułą, lecz treści jej nadamy życie — niegodnymi bowiem okazalibyśmy się honoru obywatela-akademika i miast dłużnej Wam wdzięczności i serdecznej podzięki — przynieśli gorycz i smutek zawodu. Wiemy i zdajemy sobie dokładnie sprawę — jak wiele trudu, a nieraz i walki czeka nas, by spełnić należycie to, czego od nas się spodziewacie, a prawo macie wymagać — wiemy na ile przeszkód sui generis w naszym

zawodzie napotkamy — wierzymy jednak, iż podacie nam pomocną dłoń, że będziecie nam ostoją w tych wszystkich naszych staraniach i poczynaniach, u których celu widnieć będzie obrona godności naszego zawodu. Wiara w tą pomoc będzie źródłem naszych sił — i o nią dziś serdecznie prosimy.

żywimy również niepłonną nadzieję, że najwyższe czynniki państwowe, które podnosząc Uczelnię naszą do godności szkoły akademickiej — podkreśliły jej doniosłość zarówno dla nauki jak i zdrowia publicznego — zapewnią przez nowelizację i unormowanie ustawodawstwa z naszej specjalności lekarskiej — Jej wychowankom — możność lekarskiego i obywatelskiego spełnienia obowiązku. Wierzymy, że zniknie w najbliższym czasie paradoksalny stan z dziwną pobłażliwością nagminnie tolerowany — w którym nieuświadomienie szerokich warstw społeczeństwa o niebezpieczeństwach dla życia i zdrowia lecznictwa chorób jamy ustnej i uzębienia — wykorzystywane było bezkarnie przez zastępy niepowołanych, a przynoszących tylko szkodę zdrowiu jednostki, a co za tem idzie i całemu społeczeństwu.

Pozostało mi jeszcze w zaszczytnym i miłym obowiązku — złożyć wyrazy głębokiej wdzięczności, jaką żywimy dla Jego Magnificencji Pana Rektora za Jego prawdziwie ojcowski stosunek do uczącej się młodzieży. Znane są powszechnie troski i niedole życia studenckiego.

Znasz je i wczuwałeś się w nie Jego Magnificencjo dobrze — otwierałeś młodzieży na oścież podwoje swego szlachetnego serca — niosłeś pomoc i niejedną troskę zażegnałeś — niejedną łzę otarłeś!

Byłeś i jesteś Magnificencjo Tym, w którym młodzież widzi nie tylko Dostojnika nauki — ale i człowieka wielkiego serca i charakteru — jesteś Tym, który hołduje i wszczepia w młodzież najszczytniejsze hasła ludzkości — hasła, na których kształtują się granitowe charaktery.

Dzielnie i harmonijnie sekundowaliście Jego Magnificencji Wy Dostojni Panowie Profesorowie. iW ciężkich warunkach, z którym stale zmagać się musi nasza Uczelnia — dawaliście maximum wysiłku i wiedzy — zdając sobie jednocześnie doskonale sprawę, iż wobec niepomyślnych, a nieraz krytycznych warunków, w jakich młodzież akademicka się znajduje—student nie zawsze podołać może wymaganiom, a świadomość tego stanu była dla Was, Dostojni, niejednokrotnie zaprawą goryczy w wykonywaniu tak trudnego Waszego zawodu pedagogicznego.

Jego Magnificencjo Panie Rektorze — Dostojni Panowie Profesorowie — Czcigodni Panie i Panowie Asystenci!

Słowa moje tu wypowiedziane w imieniu koleżanek i kolegów — to nie słowa pożegnania — uścisk dłoni — to nie uścisk wyrażający rozstanie — słowa moje to wyrazy czci hołdu i serdecznej podzięki za wszystko, coście dla nas uczynili — uścisk dłoni to synonim więzi, jaką pragniemy całem sercem zadzierzgnąć z Wami w staraniach

o chwałę naszej Alma Mater — o chwałę nauki polskiej, a poprzez te dwa elementy składowe—o blask i chwałę okupionej wysiłkiem i krwawą ofiarę pokoleń,—w dziedzictwie nam przez Wodza Narodu Józefa Piłsudskiego przekazanej — Odrodzonej Najjaśniejszej Rzeczypospolitej i polskiego imienia.

———o———

„W SPRAWIE ARTYKUŁU AKADEMJI STOMATOLOGICZNEJ WYDRUKOWANEGO W DWUMIESIĘCZNIKU STOMATOLOG.".

W numerze 1—2 „Polskiej Stomatologji" z b. r. ukazała się notatka podpisana przez Komitet redakcyjny tego pisma p. t. „W sprawie artykułu Akademji Stomatologicznej wydrukowanego w „Dwumiesięczniku Stomatologicznym". Cytowana notatka zarzuca Dwumiesięcznikowi Stomatologicznemu, że w numerze 3 z 1935 r. wydrukowaliśmy artykuł Rektoratu i Kierowników klinik Akademji Stomatologicznej w Warszawie p. n. „Walka o formę a nie treść w studjach stomatologicznych", bez uprzedniego porozumienia się z p. prof. Cieszyńskim, przeciw któremu, zdaniem „Polskiej Stomatologji' był skierowany artykuł Akademji, a tem samem uchybiliśmy zwyczajowi obowiązującemu w pismach naukowych równoczesnego publikowania „zarzutów" i repliki.

Zgadzamy się, że wspomniany zwyczaj winien obowiązywać i dlatego pozwalamy sobie skierować pod adresem Redakcji „Polskiej Stomatologji" następujące pytania:

1-o. Czy wiadomo Komitetowi, że Redakcja Polskiej Stomatologji zamieściła w numerze 3 z 1934 r. artykuł p. dra Bergera, stomatologa ze Lwowa, skierowany przeciw p. J. Szajewskiemu lekarzowi dentyście z Warszawy i nie uznała za stosowne zwrócić się do osoby zaatakowanej z propozycją napisania repliki?

2-o. Czy dalej wiadomo Komitetowi, że zaatakowany przez p. dra Bergera, lekarz dentysta p. Szajewski, nadesłał na ręce wydawcy „Polskiej Stomatologji" odpowiedź na owe zarzuty, która mimo obietnic nie została ogłoszona i do dnia dzisiejszego spoczywa w tece redakcyjnej „Polskiej Stomatologji"?

W tych warunkach zarzut, iż nie ogłosiliśmy równocześnie odpowiedzi p. prof. Cieszyńskiego z artykułem Akademji Stomatologicznej, brzmi conajmniej dziwnie. Można bowiem domagać się przestrzegania obowiązujących zwyczajów tylko wtedy, gdy się je stosuje we własnym zakresie.

Cytowana notatka twierdzi dalej, że Komitet Redakcyjny „Polskiej Stomatologji" zwrócił się do p. prof. Cieszyńskiego z prośbą o pozwolenie wydrukowania Jego repliki na artykuł Akademji Stomatologicznej mimo to, że w myśl zastrzeżeń autora replika nie była przeznaczona do druku. Powodem tego kroku Redakcji „Polskiej Stomatologji" miało być ogłoszenie wspomnianej repliki przez czasopismo „Przegląd Dentystyczny".

Wydaje nam się, iż skoro p. prof. Cieszyński nie zamierzał opublikować swej odpowiedzi w czasopismach, w takim razie mógł nie zgodzić się na ogłoszenie repliki w „Przeglądzie Dentystycznym“, a pozatem wydaje nam się również, że zarówno w „Przeglądzie Dentystycznym“ jak i w Polskiej Stomatologji użyto tego samego składu.

I w końcu małe zapytanie pod adresem Redakcji „Przeglądu Dentystycznego“, czy zamieszczając replikę p. prof. Cieszyńskiego, w myśl obowiązujących zwyczajów, zwróciła się do Akademji Stomatologicznej po dalsze wyjaśnienia? Tak się przecież zawsze postępuje, gdy replika jest objętościowo parę razy większa od właściwego artykułu.

Zwyczaj równoczesnego ogłaszania repliki wraz z artykułem skierowanym przeciwko komuś, powinen być, naszem zdaniem, bezwzględnie przestrzegany w pismach naukowych.

I dlatego sądzimy, że Redakcja „Polskiej Stomatologji“ powinna była zacząć naprawdę od siebie, gdyż zarzut polemiczny, że „Dwumiesięcznik Stomatologiczny“ nie przestrzega zwyczaju, od wykonania którego Komitet Redakcyjny „Polskiej Stomatologji“ się uchyla, jest, wobec przytoczonych okoliczności, demagogiczny.

Juljusz Konstantin.

Warszawa, w lutym 1936.

LIST OTWARTY

Juljana Łączyńskiego, lekarza stomatologa, absolwenta Akademji Stomatologicznej w Warszawie

do

JWPana Prof. D-ra med. Antoniego Cieszyńskiego.

Kierownika Kliniki Stomatologicznej U. J. K. we Lwowie,
b. przewodniczącego Związku Docentów Stomatologji,
przewodniczącego Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej,
naczelnego redaktora i wydawcy „Polskiej Stomatologji“,
przewodniczącego Polskiego Komitetu Narodowego, Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.),
członka Komisji Nauczania Międzynarodowego Związku Dentystycznego (F. D. I.),
przewodniczącego Polskiej Sekcji Międzynarodowego Związku Stomatologicznego (A. S. I.),
przewodniczącego Związku Słowiańskich Stomatologów
we Lwowie.

Wybaczy mi WPan Profesor, że w dalszej treści niniejszego listu nie będę zaprzęgał do Jego nazwiska, błyszczącego rydwanu, piastowanych przez Niego godności, tytułów i funkcyj — nie dlatego,

abym pragnął uszczknąć choćby odrobinę promieni, wibrujących w djademie na Jego skroniach w kręgu tych wszystkich godności spoczywającego i dumnie noszonego — ale poprostu dlatego, iż zbyt trudnem byłoby mi ze względu na formę, układ i objętość zmieścić je wielokrotnie w treści listu. Ponadto zniewala mnie do takiego postąpienia i ten o decydującym znaczeniu fakt, iż nie będąc ani naczelnym redaktorem, a co ważniejsze, — ani wydawcą żadnego pisma, korzystam tylko z uprzejmości Redakcji Dwumiesięcznika Stomatologicznego, a w tych warunkach nie wolno mi przez powiększenie objętości listu nadużywać użyczonej mi łaskawie gościnności. — Zresztą, sądzę, że jednorazowe wyszczególnienie w inwokacji listu wszystkich tytułów, uzna JWPan Profesor za wystarczające, a posługiwanie się w dalszym ciągu listu tytułem Profesora za usprawiedliwione.

Po tym wstępie pragnę przystąpić do właściwej treści mego listu i przyczyn, które mnie do jego skreślenia zniewoliły.

List mój jest nawiązaniem do pewnych ustępów—drukiem przez Pana Profesora ostatnio (24.XI. 1935) ogłoszonej, a w frapującej liczbie egzemplarzy urbi et orbi rozesłanej, odpowiedzi na artykuł Akademji Stomatologicznej p. t. „Walka o formę a nie treść w studjach stomatologicznych“.

Wprawdzie „Odpowiedź“ Pana Profesora, skierowana do Rektoratu i Kierowników Klinik Akademji Stomatologicznej, mieszcząca w sobie pozorne cechy wywodów rzeczowych, — już nie w walce podjazdowej — jak to do niedawna było w Jego zwyczaju — ale w batalji generalnej, zawiera w treści swojej przeważnie sprawy, dotyczące Ogólnego Zebrania Profesorów Akademji Stomatologicznej, od którego zapewne otrzyma Pan Profesor właściwą odpowiedź — porusza jednak ponadto w sposób bezprzykładny i „morale“ wychowanków Akademji Stomatologicznej i ten właśnie moment skłania mnie do skreślenia niniejszego listu.

Na str. 16 Pańskiej odpowiedzi znajduje się ustęp, w którem zarzuca Pan Profesor studentom Akademji Stomatologicznej *niedojrzałość moralną, niedostateczny poziom umysłowy i etyczny oraz butę*, a to w związku z uchwałą wiecu, powziętą przez nich jako odpowiedź na uchwałę XVI Dorocznego Walnego Zebrania Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Dziwnym zbiegiem okoliczności uchwała wiecu studentów, na którym miałem zaszczyt tę właśnie sprawę referować — nie znalazła dotąd mimo ogłoszenia jej drukiem zgórą pół roku temu — odpowiedzi ze strony właśnie uprawnionego do zabierania głosu w tej sprawie Związku Lekarzy Państwa Polskiego, przeciw któremu została skierowaną, lecz ze strony Pańskiej, Panie Profesorze! Widocznie istnieje między wnioskiem i uchwałą Związku Lekarzy P. P. a Jego osobą iunctim nie bylejakie, skoro posuwa się Pan Profesor do reakcji w sposób, nie przynoszący Mu, jako Profesorowi z przynależnościami zaszczytu i splendoru. — Wnioskodawcą na Zjeździe Lekarzy Państwa Polskiego przez niego powziętej uchwały był Lwowski Oddział tegoż

Związku; zdaje mi się, że w tych warunkach najbliższym będę źródła, jeśli na Pana, Panie Profesorze, jako na autora wniosku, a conajmniej spiritus movens tej specyficznej uchwały wskażę. Tak, Panie Profesorze To jest ten „savoir vivre“, którego się Pan od innych domaga — to jest ta forma walki podjazdowej, o której wyżej, jako o zasadzie Pańskiej taktyki bojowej, wspomniałem.

Verba volant — scripta manent! O tem przysłowiu zanim Pan Profesor zrobił dygresję w kierunku studentów Akad. Stom., trzeba było pamiętać! Bo cóż teraz łatwiejszego, jak porównać to, co Pan Profesor w tej mierze napisał z treścią uchwały wiecu studentów, a w wyniku przekonać się, po czyjej stronie jest racja, a po czyjej tupet i butne występy — po czyjej stronie właściwy poziom umysłowy, moralny i etyczny, — a po czyjej brak tych cech?

Jeśli Pan Profesor chciał być objektywny, trzeba było przytoczyć brzmienie uchwały wiecu studentów — niechby czytelnik „Odpowiedzi“ i w tej dziedzinie miał również możność zaznajomienia się z istotną treścią wspomnianej uchwały, a nie z sui generis Pańską, Panie Profesorze, kwalifikacją! Starając się zbijać argumenty artykułu Rektoratu i Kierowników Klinik A. S., przytaczał Pan jednak w Swej odpowiedzi in extenso poszczególne ustępy tegoż artykułu; tak również należało uczynić i odnośnie uchwały wiecu studentów, która przecież nie koniecznie musiała być znaną tym wszystkim, którym Pan swą odpowiedź rozesłał, choćby z tego względu, że uchwała ta została przedrukowana jedynie w „Dwumiesięczniku Stomatologicznym“ organie Zrzeszenia Absolwentów P. I. D., przeznaczonym przedewszystkiem dla członków tegoż Zrzeszenia.

Pominął Pan Profesor jednak przytoczenie uchwały wiecu, zaznaczając jedynie, gdzie ją znaleźć można i postawił Pan czytelnika Pańskiej „Odpowiedzi“ w takiej sytuacji, iż z uwagi na autorytet musiał nolens volens uznać za prawdziwe to, co Pan w tej materji napisał. Nie wiem, czy to było tylko przeoczenie, czy raczej, co skłonny jestem przypuścić, Panu Profesorowi właściwy sposób przedstawienia sprawy, już nie pod własnym kątem widzenia (z czego nikomu zarzutu czynić nie można) — lecz w sposób odwrócony, dla którego mimo wszystko nie użyję właściwej nomenklatury — choć, chcąc się dostosować do Pańskiego sposobu wyrażania, Panie Profesorze — tak właśnie postąpić powinienem.

Pomijając narazie Pańskie, Panie Profesorze wyszukane słownictwo w odniesieniu do studentów A. S., którzy szczęśliwym dla nich zbiegiem okoliczności nigdy się z Panem nie zetknęli i są de facto Panu nieznani — spróbuję rozpatrzeć treść i motywy uchwały wiecu studentów A. S. i Pańską swoistą na tentemat dygresję.

Poza wyzwiskami, skierowanymi do studentów A. S., pod któremi, jestem pewny, nie podpisałby się żaden z Profesorów Uniwersyteckich w Polsce — wśród których Pan stanowi szczególny pod tym względem wyjątek — stawia Pan studentom A. S. następujące zarzuty:

1) że występują z nieuzasadnioną krytyką tak poważnej instytucji jak Związek Lekarzy P. P.;
2) że nie wiedzą, iż do tego Związku należą także stomatologowie, którzy są doskonale zorjentowani co do potrzeb swej specjalności i poziomu (jakiego?) P. I. D.;
3) że w konkluzji stanu rzeczy, jak pod 1 i 2 występy młodego pokolenia, wychowanego w murach P. I. D. są butne;
4) że studenci A. S. nie dorośli do tego poziomu umysłowego i etycznego, na którym Pan pragnąłby widzieć wszystkich stomatologów.

Rozpatrzmy teraz kolejno, Panie Profesorze, jak to w istocie sprawa się przedstawia — przyczem do porównania, czy studenci postąpili tak, jak to Pan skwalifikował, czy też może inaczej — użyjmy dostępnego nam w tej materji zasadniczego materjału, a więc z jednej strony treści uchwały, powziętej przez Związek Lekarzy P.P. i brzmienia statutu tegoż Związku — z drugiej treści uchwały wiecu studentów.

Ramy działalności każdej organizacji określa statut ją i wszystkich jej członków obowiązujących. Statut Związku Lekarzy P. P. w § 3 zakreśla jego cele — a dosłownie brzmi:

„Celem Związku jest organizacja stanu lekarskiego i obrona jego interesów zawodowych oraz utrzymanie ogółu lekarzy na wysokim poziomie etycznym i społecznym".

Według powyższego brzmienia statutu Związek Lekarzy P. P. jest zatem tylko organizacją zawodową zrzeszonych w niem członków, wśród których niema przecież wychowanków P. I. D., czy też A. S.— o celach wyraźnych i nikomu nienasuwających wątpliwości, do osiągnięcia których ma dążyć Związek poprzez przysługujące mu środki wyszczególnione w § 4 statutu.

Studenci A. S. w uchwale wiecowej według dosłownego jej brzmienia zaznaczyli:

„Związek Lekarzy Państwa Polskiego jest tylko organizacją zawodową, której celem według brzmienia § 3 statutu jest organizacja stanu lekarskiego i obrona jego interesów zawodowych — oraz utrzymanie ogółu lekarzy na wysokim poziomie etycznym i społecznym. Podjęcie tego rodzaju uchwały, jak wyżej przytoczona wykracza nietylko poza ramy statutu, ale jest uzurpacją prawa, przysługującego miarodajnym i do tego powołanym czynnikom".

Jeśli więc XVI Doroczne Walne Zebranie Związku Lekarzy P. P. uważało za możliwe podjęcie uchwały o zlikwidowanie Akademji Stomatologicznej w jej obecnej postaci, podając nadto specyficzne motywy, jakoby lekarze z A. S. nie byli dostatecznie obeznani z medycyną ogólną i z tej racji nie mogli z całkowitą odpowiedzialnością pełnić swego zawodu, — jasnem jest bez choćby jakiegokolwiek dociekania,

że taka uchwała jest wykroczeniem poza ramy działalności statutowej Związku — a odprawa, jaką dali studenci A. S. na swym wiecu Związkowi Lekarzy P. P. jest wbrew Pańskiemu twierdzeniu, Panie Profesorze, w pełni uzasadniona. — Nie naszą winą jest, iż w momencie, gdy prasa zaczęła o tem pisać pod tłustemi tytułami w artykułach niewątpliwie starannie inspirowanych i swoiście komentowanych—zmuszeni byliśmy, my studenci, przywołać do porządku tych, którzy dla nas wzorem być powinni, przedewszystkiem z tego względu, że zaatakowana została w sposób bezprzykładny nasza Alma Mater, do której obrony nie tylko jesteśmy uprawnieni, ale przedewszystkiem obowiązni — zaatakowana została Uczelnia, nie odziedziczona w spadku po b. zaborcach naszych ziem, lecz stworzona wysiłkiem własnym w zaraniu naszej niepodległości, stanowiąca poważny dorobek kulturalny i naukowy mozolnie odbudowywującej się polskiej społeczności państwowej — Uczelnia, która w uznaniu widocznie odmiennych od Pańskich, Panie Profesorze i Związku Lekarzy P. P. co do jej poziomu naukowego kwalifikacyj — przez najwyższe i miarodajne czynniki państwowe podniesiona została do godności szkoły akademickiej. Ponadto uchwałą Związku Lekarzy P. P. zaatakowani zostali w sposób odbiegający od zasad etyki lekarskiej, obowiązującej wszystkich lekarzy — wychowankowie P. I. D. wzgl. A. S. również lekarze — na swych placówkach pracy zawodowej z oczywistą dla nich szkodą i moralną i materjalną.

Jeżeli więc uchwała wiecu studentów podważyła w pewnym stopniu powagę Związku Lekarzy P. P., to odpowiedzialność za jej naruszenie w tym stanie rzeczy spada nie na studentów, a na tych, którzy Związek Lekarzy P. P. na tę drogę zepchnęli.

Studenci A. S., analizując na wiecu uchwałę Związku Lekarzy P. P. i rzeczowo się do niej ustosunkowując — w tych warunkach — mieli prawo i obowiązek stwierdzić, iż argumenty ich są zasadne, a w konkluzji powziąć uchwałę, odpierającą bezprzykładne wystąpienie Związku Lekarzy P. P. tak pod względem formalnym jak i merytorycznym i napiętnować je, jako nieobywatelskie i niepaństwowe— oraz założyć uroczysty protest przeciwko ingerencji w stosunki wewnętrzne A. S. ze strony czynników niekompetentnych i niepowołanych.

Przejdę teraz skolei do drugiego zarzutu, stawianego przez Pana Profesora studentom A. S., a mianowicie, że nie wiedzą, iż do Związku Lekarzy P. P. należą także stomatologowie, którzy są doskonale zorjentowani co do potrzeb swej specjalności i poziomu P. I. D. — Dosłowna treść motywów uchwały wiecu studentów A. S. w tej materji brzmi jak następuje:

„A jeżeli nawet w składzie wspomnianego Związku znajdują się nieliczne jednostki, które obrały sobie tę specjalność (stomatologja), to nie będąc obznajomionemi należycie ani ze sposobem nauczania w A. S., ani z jej organizacją, ani z wymaganiami, stawianemi jej wychowankom — nie mogą orzekać

o stopniu wiedzy ani uzdolnienia praktycznego do wykonywania przez tychże ich zawodu. Jeśli zaś orzekają, to czynią to w sposób subjektywny, tendencyjny, ukrywając nieudolnie istotne przyczyny swych wystąpień".

Imputowanie więc przez Pana, Panie Profesorze, studentom A. S. tego drugiego zarzutu — w świetle przytoczonego powyżej dosłownego brzmienia uchwały wiecu jest niczem innem, jak wykorzystywaniem nieznajomości ze strony czytelników Pańskiej „Odpowiedzi" treści uchwały wiecu studentów—jest wciągnięciem do rozgrywki niezgodnych z rzeczywistym stanem rzeczy argumentów.

Jeżeli zaś idzie o Pańskie twierdzenie, Panie Profesorze, że stomatologowie (którzy?) są doskonale zorjentowani co do potrzeb swej specjalności i poziomu P. I. D. — to nie przeczę, że odnośnie części pierwszej tego twierdzenia może mieć Pan rację, ale co do drugiej, to proszę powiedzieć, w jakiż to sposób ludzie, stojący zdala od Akademji Stom., nie biorący udziału w jej pracach, nauczaniu i egzaminowaniu wychowanków — mogą mieć choćby najogólniejsze podstawy do wysuwania takiego twierdzenia?! Jak jednak dziwnemi drogami mogła pójść i zapewne poszła kwalifikacja co do specjalności, w której uważał za możliwe wyrokować Związek Lekarzy P. P. — może świadczyć ten charakterystyczny przykład, iż jeden z doktorów medycyny — zapewne również członek Związku Lekarzy P. P. — składający swe orzeczenie przed sądem, jako rzeczoznawca (dr. Szper, Warszawa) w sprawie przeciw Prof. Meissnerowi o rzekome spowodowanie śmierci ś. p. Prof. Drabika — uznał za możliwe na temat zabiegu chirurgicznego, przeprowadzonego przez Prof. Meissnera, wiele krytycznych uawg wygłosić — przyciśnięty jednak rzeczowemi pytaniami na temat możliwości przeprowadzenia takiego zabiegu oświadczył, że sam go nigdy — mimo, iż już jest 30 lat lekarzem — nie przeprowadzał — że takiego zabiegu chirurgicznego nie widział, o nim nie słyszał, ani nawet nie czytał w literaturze fachowej (sic!).

Prócz Pana, Panie Profesorze, z pośród stomatologów nikt w tej sprawie w sposób podobny głosu nie zabrał, a używanie przez Pana przy wysuwaniu tego twierdzenia liczby mnogiej — w tych warunkach uznać należy tylko za zwrot retoryczny „pluralis maiestatis", który często i chętnie Pan Profesor ze swoją osobą wiąże.

W świetle więc objektywnego rozpatrzenia — odpada w zupełności drugi zarzut, skierowany przez Pana Profesora do studentów A. S. — że zaś fałszywe wywody prowadzą do takichże wniosków — nic dziwnego, że spotkaliśmy się z Pańską „zaszczytną" kwalifikacją, którą narazie pomijam, a rozprawię się z nią w dalszym ciągu listu.

Powracając jeszcze do tendencyjnie przez Pana Profesora przedstawionego ustosunkowania się studentów A. S. do Związku Lekarzy P. P. — podkreślić muszę, iż dalecy byliśmy wówczas od uwłaczania czci i powadze Związku Lekarzy P. P., a że tak było w istocie, świadczy o tem chyba najlepiej znajdujący się również w uchwale wiecu zwrot:

„Od Związku Lekarzy P. P. jako organizacji stanowej, reprezentującej ludzi nauki i wiedzy“,

jednak z przyczyn wyżej przytoczonych zmuszeni byliśmy zareagować w sposób stanowczy, gdyż nietykalność takiego, czy innego autorytetu stałaby się absurdem w momencie, gdy używa się go dla pokrycia wystąpień czy czynów, stojących w kolizji z prawem pisanem (statut) i z zasadami etyki lekarskiej, jak to miało miejsce w konkretnym wypadku podejmowania przez Związek Lekarzy P. P. jego uchwały.

Czytając Pańską „Odpowiedź“, Panie Profesorze, skierowaną prawie w całości do Ogólnego Zebrania Profesorów A. S., uderzył mnie fakt, iż Pan z wysokiego Swego piedestału łaskawie i nam, wychowankom Uczelni poświęcił tyle „błyskotliwego“ uznania. Chcąc dosięgnąć choćby najniższego stopnia poziomu umysłowego, wymaganego przez Pana w sposób patrjarchalny od wychowanków A. S. — zacząłem rozwiązywać zagadkę, dlaczego to znaleźliśmy w Jego „Odpowiedzi“ tak „zaszczytne“ miejsce?,

Mam wrażenie, a nawet posuwam się do twierdzenia, iż uczynił Pan Profesor to celowo — a że cel, jaki Pan sobie postawił, to zrównanie z ziemią najpierw P. I. D., a obecnie A. S., uświęca wszystkie do jego osiągnięcia zmierzające środki — to też wysunął Pan i nas w sposób, którego naśladownictwa długoby gdzieindziej szukać należało, — jako rzekomych wrogów Związku Lekarzy P. P., a więc tych, których w obecnym i przyszłym okresie zwalczać należy na ich placówkach pracy zawodowej!! Jest to Pańska taktyka, Panie Profesorze, wygrywanie jednych przeciw drugim — my jednak mamy nadzieję, że przyjdzie czas, iż Związek Lekarzy P .P. znajdzie należyte zrozumienie dla naszego wystąpienia i niedopatrzy się tego w naszej uchwale, czego właśnie Pan Profesor sobie życzy. — My broniliśmy w sposób właściwy godności naszej Uczelni i nas Jej wychowanków, a ten rys charakteru chyba tylko w Pańskiem pojęciu może być ujemnym i to przedewszystkiem z tego względu, że Mu w Jego posunięciach nie dogadza!!

Tak przedstawiałaby się rzeczowa analiza faktów, Panie Profesorze, w świetle której — jakąż, pytam, należy dać kwalifikację dla Pańskich „salonowych“ epitetów, skierowanych pod adresem studentów A. S.?!

Wysuwając twierdzenie o rzekomej niedojrzałości moralnej, umysłowej i etycznej oraz bucie studentów A. S. — wystawił Pan Profesor sobie niezbyt chlubne świadectwo, jak na osobę, która pragnie być wyrocznią w dziedzinie polskiej stomatologji i wychowawcą zastępów polskich stomatologów!!

Właściwie powinienem Panu, Panie Profesorze, odpłacić się imieniem studentów i absolwentów A. S. pięknem za nadobne i użyć właściwej nomenklatury dla Pańskiej przeciw nam dygresji, dostosowując się do Jego sposobu wyrażania — choćby z tego powodu, że w Panu, jako Profesorze Uniwersytetu, winniśmy mieć godny wzór do naśladowania — w tym jednak wypadku mimo wszystko nie spo-

sób mi tego dokonać i rezygnuję z osiągnięcia tej wyżyny, na którą się Pan wzniósł — niech ona pozostanie w tej materji dla nas nazawsze niedoścignioną, choćbyśmy się mieli z tego powodu znów narazić ze strony Pańskiej na epiteta ornantia, jak butę, niedojrzałość moralną, umysłową i etyczną!!!

Jeszcze, Panie Profesorze, troszeczkę o etyce, bo widzę, że na każdym kroku Pan tem szczytnem mianem szarżuje. — Przytacza Pan Profesor na stronie 16 Swej „Odpowiedzi“ wyjątek z przemówienia Jego Magnificencji Pana Rektora Nitscha do absolwentów z r. 1933, a na stronie 19 powołuje się Pan na artykuły „Kroniki Dentystycznej“; w jednym i drugim wypadku sprawa dotyczy osłaniania przez absolwentki P. I. D. swoim dyplomem osób, nie mających prawa do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej. Nie idzie mi, broń Boże, o obronę „firmantek“ — wprost przeciwnie, jestem zdania, że winien być wprowadzony przepis ustawowy karzący ostro aż do zawieszenia, lub odebrania prawa wykonywania praktyki lekarskiej podobne wypadki — idzie mi jednak o co innego, a mianowicie, że te sporadyczne wypadki (wymienia ich Pan Profesor przecież tylko kilka na zgórą 1500 dotychczasowych absolwentów P. I. D.) generalizuje Pan Profesor i ukuwa z tego broń przeciw Akademji Stomatologicznej i Jej wychowankom, podkreślając tem uzasadnienie swego twierdzenia, iż etyka wychowanków P. I. D. czy A. S. nie stoi na właściwym poziomie. W szczególności kuje Pan Profesor broń z tego przeciw absolwentom - kobietom, podkreślając stale ich wielki procentowy udział w studjach lekarsko-stomatologicznych, czy jak Pan Profesor woli lekarsko-dentystycznych. Widać jasno z tego, iż Pan Profesor jest przeciwnikiem tej ilości kobiet w tych studjach — nie podaje jednak Pan motywów tego stanowiska, a ogranicza się tylko do samego stwierdzenia. Nie wiem, jakich motywów należy się w tym wypadku domyślać — sądzę, że jednak jednego z dwuch i to, że albo jest Pan Profesor wogóle, jako mężczyzna, przeciwnikiem kobiet, a to wprawdzie nie hańbi, ale i jednocześnie zaszczytu nie przynosi, albo takim jest Pańskie zapatrywanie, jako Profesora, na studja kobiet — czem znowu różni się Pan od wielu innych ludzi nauki i wiedzy. W tej materji przytoczę choćby słowa Pana Rektora Profesora Romana Nitscha, wypowiedziane na uroczystości wręczenia dyplomów absolwentom A. S. dnia 15.XII. 1935 r., a mianowicie:

> „Jestem zwolennikiem wyższego wykształcenia kobiet i dlatego nie sprawiam im nigdy trudności, gdy chcą studjować“.
> „W ciągu życia swego nie nabrałem przekonania, jakoby zawody, wymagające wykształcenia wyższego, w których pracują kobiety — stały niżej od zawodu — w których pracują mężczyźni“.

Temu poglądowi hołduje, o ile mi wiadomo — olbrzymia większość pedagogów, a że w danym P. I. D., czy też obecnej A. S. kobiety przeważają nad ilością mężczyzn, jest to wynikiem specjalnych warunków, istniejących w innych uczelniach akademickich oraz tego

stanu, iż zawsze wśród ubiegających się na studja stomatologiczne był znikomy procent mężczyzn. Wreszcie, żyjemy, Panie Profesorze, w czasach, w których doszło do skutku równouprawnienie kobiet z pożytkiem dla wszystkich dziedzin życia — w czasach, w których przygniatająca ilość mężczyzn nie hołduje już archaicznym poglądom o wyższości intelektualnej mężczyzny nad kobietą!

Wątpię więc, czy godzi się z zasadami etyki brać, jak to Pan Profesor uczynił (str. 19) w cudzysłów kobiety absolwentki Akademji Stomatologicznej?!

Coś z tą etyką jest nie w porządku, Panie Profesorze i to już nietylko w odniesieniu do studentów, absolwentów, czy też absolwentek P. I. D. względnie A. S. — ale i w odniesieniu do Profesorów, a więc już bezapelacyjnie ludzi poważnych i zasłużonych, ludzi nauki i wiedzy. Nie moją rzeczą jest wdawać się z Panem, Panie Profesorze, w Ich imieniu w dyskusję, trudno mi jednak pominąć milczeniem specyficzny Pański atak (str. 9, 10) na tymczasowych przedstawicieli katedr w A. S., których Pan Profesor aż tak dotkliwie dyskryminuje, iż twierdzi, że z racji swego niestałego stanowiska nie dysponują swobodnie swoim głosem na Ogólnem Zebraniu Profesorów?! Panowie Profesorowie: Wilga, Meissner, Zeńczak i Cybulski, których Pan Profesor również w swoiście (str. 8—9) atakuje — nie pozostaną zapewne Panu dłużni w odpowiedzi — dla mnie, a raczej dla nas studentów i absolwentów wystarczy sama forma Pańskiego wystąpienia, Panie Profesorze, w stosunku do swych współkolegów na łamach „Odpowiedzi“ rozesłanej przez Pana, jak już na początku swego listu wspomniałem — urbi et orbi!

Koroną Pańskiego dzieła, Panie Profesorze (mam na myśli „Odpowiedź“), to zarzut (str. 20) bez podania choćby jednego konkretnego przykładu, postawiony na całej przestrzeni czasu istnienia P. I. D. i A. S. osobom w niej decydującym, a zatem i Rektorom i Profesorom i osobom ostatecznie decydującym, a więc chyba czynnikom miarodajnym z Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, a może nawet jeszcze wyższym (bo tak a nie inaczej należy Pański anonimowy zwrot rozumieć) kierowania się w swych decyzjach, odnoszących się zarówno co do kierunku nauczania w P. I. D., jak i przyjmowonia do niej kobiet — względami natury osobistej lub osoby, jak się Pan wyraża „wyżej ustosunkowanej“! Zapewne ci wszyscy, którym Pan Profesor ten tak ciężki zarzut imputuje, wiedzieć będą, jakimi drogami zażądać od niego jego uzasadnienia — nas studentów, czy absolwentów — zdumiewa forma Pańskiego wystąpienia, gdyż jeśli Pan Profesor ma (a jestem przekonany, że jest przeciwnie) jakieś konkretne dane, to, pisząc w ten sposób, trzeba je było przytoczyć — chociaż i w tym nawet wypadku miał Pan Profesor wiele innych dróg i sposobów ujawnienia, a ze względu na autorytet osób, którym Pan Profesor to bez wyjątku zarzuca i podważanie godności Uczelni Akademickiej — niekoniecznie uciekać się trzeba było do formy publicznej. Jeśli zaś Pan Profesor takich dowodów niema — nie wolno było

pod żadnym pozorem uciec się do wybiegu oczerniania, gdyż nawet naprawa następna szkody na czci i honorze pozostawia zwykle łatwo u ludzi bezkrytycznych pewien stopień osadu z pierwotnie postawionego ciężkiego zarzutu: — W jednym zaś i drugim wypadku — zdaje mi się, że forma walki odbiega daleko od zasad etyki, której brak Pan Profesor tak chętnie, a ja sądzę i z premedytacją, innym zarzuca!

Kogóż to Pan, Panie Profesorze, nie stara się już zmobilizować w swojej „Odpowiedzi" przeciw Akademji Stomatologicznej?! O Związku Lekarzy P. P. już mówiłem; na stronie 12 swej „Odpowiedzi" chce Pan skaptować Lekarzy-dentystów na terenie Warszawy, wmawiając w nich znowu na podstawie swego specificznego, niczem nie popartego obliczenia, iż stracili oni z przyczyny leczenia chorych przez kliniki A. S. zawrotną cyfrę 540 tysięcy złotych dochodu rocznie!!! Jakież to szczęście dla A. S., że na terenie Warszawy niema uprawnionych techników dentystycznych, bo i ich straty w dochodach byłby Pan Profesor zapewne również wliczył do swoich argumentów!? Paradoksalnym — niezależnie od „dokładności" wyliczenia strat lekarzy dentystów — wydawać się musi Pański argument, Panie Profesorze w rzeczywistym układzie stosunków na terenie Warszawy, która naszpikowana jest lecznicami dentystycznemi najróżnorodniejszego typu i sortymentu; o tych jednak placówkach „leczniczych" najwidoczniej Pan Profesor zapomniał i nie bierze Pan ich w pozycję swoich matematycznych obliczeń! Jeśli Pan Profesor już chciał być objektywnym w swych obliczeniach strat i zysków, — to trzeba było sobie zadać jeszcze trudu obliczenia ponadto strat, jakie z tytułu leczenia pacjentów w klinikcah A. S. ponieśli wolno praktykujący, własnego chowu „dentyści", czy technicy! — Takie bowiem wyliczenie obejmujące wszystkie pozycje, mogłoby dać dopiero i to w przybliżeniu pojęcie, czy i kto i z jakiego tytułu poniósł straty lub zyskał dochody! — Myślę, Panie Profesorze, że lakarze-dentyści, gdyby tak było w istocie, podnieśliby choć w formie najogólniejszej ten Pański zarzut na ostatnio odbytym w Warszawie Zjeździe Stomatologicznym — a przecież nikt nie pisnął ani słowa — a oni przecież nie zasiadają już we władzach A. S. i nie zarzuci już im Pan chyba, jak to uczynił Profesorom, że stanowiska ich są niestałe i nie mogą swobodnie dysponować swoim głosem — prawda?!

Mobilizuje Pan Profesor (str. 19) przeciw Akademji Stomatologicznej i nam, Jej wychowankom, również lekarzy (medycyny) bezrobotnych, w stronę których czyni Pan królewski dyg uznania „z wysokiemi kwalifikacjami", z któremi według Pana nie wiedzą co robić, gdyż nie mogą rzekomo rozpoczynać studjów stomatologicznych ze względu na konkurencyjną produkcję w A. S. „Lekarzy stomatologów". Nie wiem, skąd Pan, Panie Profesorze, wziął, jak się Pan wyraża „rezerwoar" tych lekarzy bezrobotnych? Przecież A. S. pierwsze dyplomy lekarzy stomatologów wydała w grudniu 1934 roku, a więc 14 miesięcy temu; czyż przez ten krótki okres czasu i z tego powodu mógł się stworzyć aż „rezerwoar lekarzy bezrobotnych"?!

Przez cały poprzedni okres, mieli przecież ci brani przez Pana, Panie Profesorze, w obronę lekarze niekrępowaną możność (gdyby istotnie taki był ich zamiar) poświęcić się studjom stomatologicznym — weszli jednak w szeregi bezrobotnych i tkwią w nich mimo przyznania im łaskawie przez Pana kwalifikacyj! Pan zaś, Panie Profesorze, wątpię, czy za ich zgodą — sporządził z nich pocisk dla swej kolubryny, ustawionej na „Zniesieniu" i grzmiącej w stronę A. S., której szczęściem w nieszczęściu jest ten fakt, iż nie jest zgromadzona w jednym gmachu, a rozrzuconą po całej Warszawie, a stąd i trudność ześrodkowania przez Pana, jako celowniczego ognia ją niszczącego!

Na stronie 18 swej „Odpowiedzi", jako o uzasadnieniu konieczności (w/g Pańskiego ujęcia) radykalnej reformy studjów stomatologicznych, pisze Pan Profesor tłustym drukiem o ogólnym nastroju społeczeństwa do Akademji Stomatologicznej; nie przytacza jednak Pan Profesor choćby jednego przykładu na udowodnienie istnienia takiego nastroju i bliższych danych, odźwierciadlających na czem właściwie ten nastrój ma polegać! To ma być też rzeczowy argument, Panie Profesorze?! Widzę, że walkę swoją przeciw A. S. chce Pan Profesor uzasadnić nawet prądami, nurtującemi społeczeństwo, a może nawet takiemi, które doprowadzić mają do rewolucji i wyprowadzenia dział przed nieszczęsną redutę, której na imię Akademja Stomatologiczna!!

Twierdzi Pan, Panie Profesorze (str. 17), iż tytuł lekarza-stomatologa wytworzył chaos w mózgach wychowanków P. I. D. — zbudził pragnienia (jakie?!) i nieusprawiedliwione i nieuzasadnione nadzieje (jakie?!) i ustosunkował *wrogo* nietylko do lekarzy, stomatologów, ale i *lekarzy dentystów* dawniejszego typu. Są to Pańskie swobodne i złośliwe dedukcje, Panie Profesorze, i nic więcej!! Niech Pan Profesor przemawia w Swojem imieniu, a nas do Swoich form i celów nie miesza! Do powoływania się bowiem na nas nikt już napewno Pana Profesora nie upoważnił i ta forma Pańskiego wystąpienia jest w stu procentach samozwańczą. Chce Pan Profesor nas dyskryminować Swoim zwyczajem i w ten sposób sprowokować! To się jednak nie uda — Pańskie twierdzenie pozostanie na zawsze w sferze nieetycznych imputacyj — a naszego zasadniczego ustosunkowania się, wypływającego z zasad etyki lekarskiej i odpowiadającego godności naszej i zaszczytu włączenia nas do społeczności lekarskiej — nietylko nie zmieni, ale nawet nie zachwieje. Nie wrogiem, Panie Profesorze, jest dla nas lekarz, absolwent Wydziału Medycznego — chyba, że za takiego, w co wątpię, sam będzie chciał się uważać — no a w żadnym wypadku wrogiem nie jest lekarz dentysta dawniejszego typu, który przecież nie jest winien temu, iż żył w czasach, w których nie było uczelni dentystycznych, czy stomatologicznych o typie szkół wyższych względnie akademickich!

Jeśliby nawet teoretycznie przyjąć, iż są lekarze dentyści dawniejszego typu, którzy według Pańskiego twierdzenia (między innemi) widzą pogwałcenie dotychczasowego porządku rzeczy w nadaniu dyplomu lekarza stomatologa nam wychowankom A. S., a więc Uczel-

ni Akademickiej — to dziwnem wydawać się musi to stanowisko, jako argument, zaprzągnięte przez Pana, Panie Profesorze, hołdującego przecież zasadzie oparcia studjów stomatologicznych o studja medyczne do Pańskich wywodów przeciw A. S.

Pan, Panie Profesorze, który na każdym kroku podkreśla, iż ustosunkowuje się rzeczowo do wszelkich problematów — dziwnie jednak bezkrytycznie odnosi się do tego stanu rzeczy, że przecież istnieje różnica między poziomem wykształcenia lekarzy dentystów względnie stomatologów absolwentów P. I. D. wzgl. A. S., a lekarzy dentystów, jak Pan ich nazywa „dawniejszego typu", którzy nietylko nie mają ukończonych szkół typu akademickiego, lub wyższego, ale nawet szkół średnich — studja swoje odbyli w szkołach dentystycznych takiego czy innego typu, a tytuł lekarza dentysty zawdzięczają tylko dobrodziejstwu ustawy, a mianowicie przepisom art. 2 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10.VI. 1927 o wykonywaniu praktyki dentystycznej. Powoływanie się zatem Pana, Panie Profesorze, na ten autorytet sprzeciwu przeciw naszemu tytułowi nie wytrzymuje najmniejszej choćby krytyki i jest tylko widocznie chęcią wprowadzenia przez Pana między nas a naszych starszych kolegów rozdźwięku, na którym by Pan Profesor Swą surmę bojową przeciw A. S. i nam Jej wychowankom wygrywał!

Nie moją jest rzeczą odpowiadać Panu, Panie Profesorze, na Pańskie sprzeciwy i swoiste argumenty przeciw nadanemu nam tytułowi lekarza stomatologa — myśmy bowiem samozwańczo go nie zagarnęli, lecz o takiej treści otrzymaliśmy dyplom Polskiej Uczelni Akademickiej, istniejącej właśnie w Państwie praworządnym; odpowiedź, wnioski i konsekwencje należą do czynników miarodajnych, a więc Ogólnego Zebrania Profesorów A. S. i Ministerstwa W. R. i O. P. — sądzę jednak, że koniecznym aktem sprawiedliwości nawet w Pańskim pojęciu, Panie Profesorze, powinno być odróżnienie nas ze względu na przebyte studja i uzyskany poziom wiedzy od tych wszystkich, którzy tego wykształcenia nie posiadają! A czy my będziemy się nazywać lekarzami stomatologami „z łącznikiem", czy „bez łącznika', czy wreszcie inaczej — to jest kwestja uboczna — nam nie o tytuł chodzi, a o treść, jaką w sobie ten tytuł zawierać będzie! Jeżeli Pan Profesor chce, aby nam odebrano dyplomy (to nie jest taka prosta, jak się Panu zdaje sprawa z punktu widzenia prawnego), a pozostawić nam tytuł lekarza dentysty — to proszę jednocześnie również zawzięcie walczyć i postarać się, aby ten ostatni tytuł, uzyskiwany na studjach w dawnym P. I. D., jako uczelni wyższej i w A. S., jako uczelni akademickiej — odebrany został jednocześnie tym lekarzom dentystom, którzy tych studjów nie odbyli. Trzeba zdobyć się, Panie Profesorze na akt sprawiedliwości, choćby raz w stosunku do wychowanków P. I. D. czy Akademji Stomatologicznej!

Dziwnie również wygląda — choćby w pojęciu ogólnym — rozgraniczenie tytułu lekarz dentysta od tytułu lekarza stomatologa w Pańskiej interpretacji. Dla tytułu lekarz stomatolog żąda Pan peł-

nych studjów medycznych i specjalizacji (przy braku przymusu specjalizacyjnego nietylko w tej, ale w każdej innej gałęzi wiedzy lekarskiej). Jeśli Pana Profesora dobrze rozumiem — idzie Panu o to, aby każdy, mając ad oculos tytuł lekarza stomatologa, miał pewność, iż osobnik ten ukończył wydział medyczny — a czytając lekarz dentysta, sądził, iż ma do czynienia z osobnikiem, który takiego wydziału nie ukończył. Coś tu jest nie w porządku, Panie Profesorze; przecież absolwenci wydziałów medycznych otrzymują również i *tylko tytuł lekarza,* a więc tytuł, znajdujący się również jako integralna część tytułu lekarza-dentysty. Dlaczegoż to dotąd nie walczył Pan, Panie Profesorze, tak ostro, a właściwie wcale — przeciw tytułowi lekarza dentysty?! Przecież i ten tytuł może ze względu na znajdujący się w nim tytuł zasadniczy „lekarz" — przedstawia osobnika jako *lekarza,* a więc chyba absolwenta wydziału lekarskiego?!!

A teraz, jeśli Pan pozwoli, Panie Profesorze, — troszeczkę dygresji w stronę drugiej części składowej tytułu: dentysta - stomatolog. W artykule Rektoratu i Kierowników Klinik A. S., przeciw któremu wysunął Pan Swoją „odpowiedź" w dostatecznej mierze zanalizowano zasadność użycia dla absolwentów A. S. obok tytułu lekarza i w miejsce dawnego dentysta — „stomatolog" — i nie chcę tego, co jest dla każdego jasne, w rozgraniczeniu tych pojęć powtarzać. Chciałbym jedno tylko dodać, że w pojęciu „stomatolog", łączącym w sobie dwa rzeczowniki greckie, znajduje się — oczywiście w pojęciu szerszem — określenie dla nauki o chorobach jamy ustnej, a więc nietylko zębów — zaś w pojęciu „dentysta", pochodzącego od łacińskiego — leczenie jakgdyby chorób tylko zębów. że zaś do naszej kompetencji na podstawie przebytych w tym zakresie studjów specjalnych i uzyskanego stopnia wiedzy — należy leczenie nietylko schorzeń samych zębów, ale i schorzeń jamy ustnej — czy to genetycznie z nimi związanych, czy to wszystkich innych — zatem właściwą dla nas nomenklaturą jest nazwa „stomatolog" — oczywiście obok tytułu lekarza i raczej należałoby uznać, że dawny tytuł „dentysta" był określeniem niedostatecznym — aniżeli twierdzić, iż tytuł stomatolog jest w odniesieniu do nas określeniem niezasłużonem, lub jak Pan Profesor chce, uzurpacyjnem. Jeżeli zaś Panu Profesorowi już tak koniecznie idzie o rozgraniczenie nas od lekarzy stomatologów, absolwentów wydziałów medycznych, — to czyż nie prościej byłoby wynaleźć dla tych ostatnich inny tytuł (a to przy Pańskiem bogatem słownictwie, Panie Profesorze, nie sprawiłoby Panu chyba żadnych specjalnych trudności), któryby każdemu ad oculos mówił, iż ma do czynienia ze specjalistą, absolwentem wydziału medycznego — nas zaś pozostawić w spokoju i nie haczyć o to, co się nam słusznie należy. Zresztą tytuł stomatolog nie był dotąd w naszem Państwie nikomu prawnie zastrzeżony i wywody na temat uzurpacji przez A. S. tego tytułu dla Jej absolwentów są tylko Pańską, Panie Profesorze, dedukcją.

Uzasadnienie formalne, przytoczone przez Wydział Lekarski U. J. K. we Lwowie w Jego memorjale do Ministerstwa W. R. i O. P.,

a przez Pana, Panie Profesorze, w Jego „Odpowiedzi“ podtrzymywane i interpretowane — opiera się na przepisach artykułu 41 Ustawy o Szkołach Akademickich. Nie jestem prawnikiem — sądzę jednak, że i mnie wolno również dokonać próby interpretacji przepisu, który ma być jakoby podstawą, negującą prawo nadania przez Ogólne Zebranie Profesorów A. S. stopnia naukowego niższego.

Radą Wydziałową w A. S. w zrozumieniu artykułu 20 wspomnianej ustawy, jest Ogólne Zebranie Profesorów. Ustęp 2 art. 41 Ustawy daje prawo Radzie Wydziałowej nadawania stopni zawodowych, przyczem stopień zawodowy może być niższym stopniem naukowym; ustęp 3 tegoż artykułu mówi o ustaleniu przez Pana Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego *po wysłuchaniu* opinji Rad Wydziałowych *przepisów*, normujących program i porządek studjów i egzaminów i uzyskiwanie stopni naukowych i zawodowych. Pomijam tę nasuwającą się wątpliwość ustawową, czy w postępowaniu, zakreślonem przepisami ustępu 3 art. 41 ustawy Pan Minister W. R. i O. P. ma obowiązek ustawowy, jeżeli idzie o A. S. Uczelnię jednowydziałową o charakterze odmiennym i zasadniczym z uwagi na poruczone jej, jako jedynej tego typu Uczelni Akademickiej studjów stomatologicznych, zasięgać opinji Rady Wydziałów Lekarskich Uniwersytetów przy ustaleniu *przepisów*, o których wyżej była mowa — czy też może raczej zwracać się o opinję w zakresie studjów stomatologicznych, prowadzonych przy Wydziałach Lekarskich Uniwersytetów, właśnie do Ogólnego Zebrania Profesorów A. S., jako jedynej w Państwie Uczelni w tej dziedzinie specjalnej — w jednym jednak i drugim wypadku przedstawione opinje w niczem nie wiążą Pana Ministra w Jego decyzji — ta bowiem pozostawiona Mu jest ipso iure w granicach swobodnego uznania.

Ważniejszem atoli w przepisach art. 41 wspomnianej ustawy i nienasuwającem wątpliwości jest to, że ustęp 3 tegoż artykułu *mówi tylko o ustaleniu przepisów jako takich, a nie uzależnia lub narusza w niczem prawa*, wymienionego taksatywnie w ustępie 2-im tegoż artykułu, a zastrzeżonego ustawowo Radom Wydziałowym, a więc w odniesieniu do A. S. Ogólnemu Zebraniu Profesorów nadawania niższych stopniów naukowych, czy też zawodowych. Jeżeli zaś do tego dodać — to o czem już wyżej wspomniałem — iż tytuł stomatolog, nie był dotąd nikomu prawnie zastrzeżony — wybór takiego tytułu zatem dla absolwentów A. S. był dopuszczalny i w niczem nie mógł naruszyć czyjegokolwiek prawa, bo takiego nie było — ani wkroczyć z tych samych powodów w czyjekolwiek kompetencje. Tak przedstawiałaby się w mojej interpretacji sprawa „formalna“ — co do słuszności której trudno mi rościć sobie pretensje — ostatni bowiem i miarodajny pod tym względem głos mogą mieć tylko znawcy prawa, lub też ujawnienie intencyj ustawodawcy. Jeżeli pozwoliłem sobie na dygresję prawniczą, ośmielił mnie do tego ten niezaprzeczony fakt, iż Ministerstwo W. R. i O. P. nie negowało ani z miejsca ani w ciągu całego czasu nawet mimo sprzeciwu z lutego 1935 roku Wydziału Lekarskiego U. J. K. we Lwowie — prawa Ogólnego Zebrania Profesorów A. S.

do nadania tego tytułu absolwentom tejże — czego wreszcie najlepszym dowodem jest przecież fakt wydania niespełna przed dwoma miesiącami (15.XII. 35 r.) takichże dyplomów drugiemu pokoleniu absolwentów A. S.

Na stronie 6 Swej „Odpowiedzi“, Panie Profesorze — zarzuca Pan Władzom P. I. D. brak kurtuazji i lojalności w stosunku do Katedr Uniwersyteckich rzekomo z tego tytułu, iż nie podzieliły się z przedstawicielami Katedr projektem przemianowania dawnego P. I. D. na Akademję Stomatologiczną. Tu chybił Pan Profesor fatalnie celu, wysuwając tak ciężkie zarzuty Swoim współkolegom Profesorom, bo o ile mi wiadomo — Władze dawnego P. I. D. starały się jedynie o nadanie praw szkoły akademickiej Państwowemu Instytutowi Dentystycznemu i nie wysuwały zupełnie zmiany jego nazwy; przemianowanie na Akademję Stomatologiczną było wyłącznie aktem projektodawcy ustawy o Szkołach Akademickich, a więc Ministerstwa W. R. i O. P. a osobowo ówczesnego Pana Ministra W. R. i O. P. Janusza Jędrzejewicza. Broń mnie Boże, abym o tej sprawie wspominając, miał na myśli choćby w najmniejszym stopniu zamiar przyłączenia się do wysuwanych przez Pana Profesora zarzutów, które wobec tego stanu rzeczy godziłyby w osobę Ministra Rzeczypospolitej — idzie mi tylko o wykazanie i na tym przykładzie — jak jednak „zasadne“ bywają zarzuty i argumenty, podniesione w Pańskiej „Odpowiedzi“, Panie Profesorze, nie wchodząc już ponownie w to, jakie osoby pragnie Pan niemi dyskryminować.

Na str. 8 daje Pan Profesor próbkę analizy naszych wiadomości lekarskich i pisze Pan o tem, że trudno tylko możemy zorjentować się co do powikłań podczas lub po uśpieniu ogólnem i że nie rozumiemy tła ogólnego przy powstawaniu oral sepsis, czy paradontozie (chyba paradentozie) i prosto zmierza Pan poprzez te argumenty do podtrzymania słuszności uzasadnienia „trzonu“ uchwały XVI Dorocznego Walnego Zebrania Związku Lekarzy P. P., a mianowicie, „że nie jesteśmy dostatecznie obeznani z medycyną ogólną i z tej racji nie możemy z całkowitą odpowiedzialnością pełnić swego zawodu“.

Kto jest odpowiedzialny za stopień naszej wiedzy i uzdolnienia do wykonywania naszego zawodu — w czyjej kompetencji leży orzekanie o tem, — to już wyżej obszerniej pisałem. W tem miejscu pragnąłbym podkreślić tylko ten moment, iż znowu Pan Profesor chce dyskwalifikować już nie nas, a naszych Profesorów a Pańskich współkolegów, imputując Im w ten sposób, że dają dyplomy lekarskie wychowankom nieobeznanym gruntownie z wiadomościami nawet podstawowemi w ich dziedzinie (oral sepsis, paradentoza). W oparciu Swego zarzutu powołuje się Pan Profesor na spisy wykładów i najwidoczniej zapomina, iż są one tylko ramami, w których każdy z wykładających PP. Profesorów się obraca według już nie Swego swobodnego uznania, ale wskazań pedagogicznych, stopień których dostosowuje napewno do tych wymagań, jakie nam wykonywanie naszego zawodu narzuca. Nie moją jest rzeczą odpowiadać Panu Profeso-

rowi za Nich szczegółowo — mnie wystarczy to, czego się od nas przy egzaminach praktycznych i teoretycznych żąda i może Pan Profesor być spokojny — mamy bowiem taką dawkę tych wiadomości, która pozwoliłaby nam napewno — że się tak wyrażę, za „bary wziąć“ ze specjalistami stomatologami, którym Pan Profesor Swoim sygnetem stomatologa daje „placet“!! Poddałbym się chętnie egzaminowi u Pana Profesora w tej dziedzinie, w której Pan uważa, iż nie nabyliśmy dostatecznych wiadomości, ale tylko pod jednym warunkiem, aby prócz nas dwuch był jeszcze trzeci, któryby stopień z odpowiedzi moich postawił!

Czy Pan Profesor istotnie nie zastanowił się, ile niezawinionej szkody wyrządza Pan nam ogłaszaniem Swego twierdzenia, iż my nie możemy pełnić z całkowitą odpowiedzialnością swego zawodu!? Czy to jest prawdziwe — czem stwierdzone — i czy to jest zgodne już nie z etyką lekarską, ale z zasadami etyki ogólnej!?!

Znam lekarza - dentystę dawniejszego typu, którego nazwisko na żądanie Panu Profesorowi podam, który ogłasza wokół, iż był asystentem czy demonstratorem przy Katedrze Stomatologicznej U. J. K. we Lwowie — podkreśla, iż nawet niektórzy z obecnych wykładowców A. S. byli tymi, których on nauczał, szczyci się stopniem wiedzy, uzyskanym od Pana Profesora i Jego rzekomem uznaniem — przeniesiony na teren pracy zawodowej, prowadzi lecznicę, w której można dokonać extrakcji zęba za jeden złoty słownie jeden złoty), ogłasza się i reklamuje przy pomocy ulotek frapujących „po cenach przystępnych“, a przy niej pracownię techniczną — źle się wyrażam — raczej „fabryczkę“, w której pracuje 6 osób, produkującą masowo protezy z randolfu — ma umowę rejentalną, odzwierciedlającą podział zysków między nim a jego wspólnikiem technikiem dentystycznym, który nietylko pracuje przy pacjentach przy fotelu w zakresie techniki dentystycznej, ale nawet zastępuje go we wszystkiem na wypadek krótszej czy dłuższej nieobecności aż do wykonywania extrakcji włącznie!

Niekoniecznie więc, Panie Profesorze, „firmantki“ mogą rekrutować się z szeregów absolwentek P. I. D. i niekoniecznie z tego tytułu trzeba stawiać zarzut Akademji Stomatologicznej! Pomijając „firmantki“, o których już wyżej wspomniałem, a do powyższego wypadku nawiązując — ręczyć mogę Panu Profesorowi, że posiadamy na tyle wiedzy lekarskiej właśnie z dziedziny medycyny ogólnej, iż za żadną cenę nie założylibyśmy pacjentowi protezy z wysoce szkodliwego dla zdrowia randolfu.

Szkoda, że części tej energji, której Pan Profesor zużył na tyloletnią walkę z P. I. D., a obecnie z A. S. i Jej absolwentami — rzekomo w imię wzniesienia na wysoki piedestał nauki stomatologicznej i naszego zawodu — nie zużył Pan również w innym trochę kierunku. Mam na myśli podobne jak powyżej zilustrowałem przypadki nagminne, gdzie z gabinetu lekarskiego tworzy się kramik kupiecki, mam na myśli „lecznicowców“ i ich reklamiarskie, handelesowskie sposoby le-

czenia — mam na myśli przekroczenia swych uprawnień w leczeniu przez uprawnionych techników dentystycznych — dalej uprawnienie „lecznictwa“ zębów przez techników dentystycznych osiadłych na stałe, czy też domokrążców — wykonywanie przez ogrom nawet lekarzy dentystów (dawniejszego typu) protez z metali nieszlachetnych, a przedewszystkiem ranodlfu—dokonywanie zabiegów chirurgicznych w jamie ustnej, szczególnie extrakcyj przez felczerów, cyrulików i t.p., osobników, zaszczyconych przez nieuświadomionych — już nie mianem lekarzy-dentystów, ale poprostu „doktorów“ — wreszcie wykonywanie zabiegów „lekarsko-dentystycznych“ nawet przez osoby, nie mające choćby pozorów kwalifikacyjnych, a poprostu praktykujące z wolnej ręki, lub pod firmą uprawnionego technika dentystycznego (taką nawet sprawę skierowałem rok temu w obrębie województwa krakowskiego do właściwych władz), lub nawet technika dentystycznego!!

Wprawdzie, chcąc być ścisłym i sprawiedliwym, wspomnieć muszę, że poruszył Pan Profesor kiedyś sprawę uprawnionych techników dentystycznych — od tej pory zapanowała w tej dziedzinie cisza; widocznie jednak zaabsorbowany sprawą ataków na P. I. D., czy A. S., nie znalazł już Pan Profesor czasu na kontynuowanie poczynionych w tym kierunku kroków, albo też może uprawnieni technicy dentystyczni zdążyli w międzyczasie Pana Profesora przekonać o słuszności ich stanowiska i postulatów.

Tak więc, Panie Profesorze, głosi Pan, iż my, absolwenci P. I. D. czy A. S. nie możemy z całkowitą odpowiedzialnością ze względu na brak po temu według Pana odpowiednich kwalifikacyj i uzdolnień pełnić swego zawodu — a przemilcza Pan o tym konglomeracie swoistego typu „lekarzy“, którzy przecież stanowią ogromny odsetek praktykujących istotnie w naszym zawodzie! I dlatego, aby w terenie spotkać się z tego rodzaju konkurentami, żąda Pan dla nas studjów medycznych i trzech lat specjalizacji — a więc łącznie z wykształceniem podstawowem dwadzieścia jeden lat nauki — żąda Pan specjalizacji, która przecież dla żadnej gałęzi wiedzy lekarskiej dotąd nie obowiązuje — żąda Pan wyolbrzymionego studjum stomatologicznego, postponując dawny P. I. D., a obecną Akademję Stomatologiczną, spychając ją do rzędu Uczelni, kształcących rzekomo nieprzygotowanych do pełnienia swego zawodu wychowanków!!!

I to się nazywa w Pańskiem pojęciu, Panie Profesorze, że Pan tworzy, a nie burzy — i w tych warunkach dochodzi Pan do konkluzji w Swojej „Odpowiedzi“, iż trudno przypuścić, aby Pan chciał podkopać istnienie Akademji Stomatologicznej?!!! — Czy to jest ta twórcza praca dla polskiej stomatologji — czy to jest praca dla Państwa, boć przecież Akademja Stomatologiczna jest właśnie Uczelnią, powstałą i rozwijającą się w okresie wskrzeszenia niepodległego bytu państwowego dzięki wysiłkom tych, których Pan tak złośliwie i bezkrytycznie atakuje lub dyskryminuje?! — A czy czynem, mającym ilustrować dbałość Pańską o rozwój polskiej stomatologji, jest dwu-

krotne odmówienie przez Pana przyjęcia zaofiarowanej Mu Katedry jedynie z powodu niezłożenia do Pańskiej dyspozycji odpowiednio urządzonego gmachu??!! Miarą wysiłku Panie Profesorze — to nie praca w warunkach doskonałych — a praca mrówcza, układania cegły po cegle — taka, jakiej dokonali w ciężkich warunkach wszyscy Ci, którzy z poświęceniem i z samozaparciem się siebie oddali się idei tworzenia polskiej uczelni stomatologicznej — mimo ataków i wrogich poczynań, nieprzebierających w środkach, mimo kłód rzucanych im stale pod nogi — i dziś poszczycić się mogą Swoim dziełem, jako widomym znakiem istotnej troski o rozwój polskiej nauki stomatologicznej a temsamem chlubnem świadectwem spełnienia najszczytniejszego z obowiązków obywatelskich, t. j. służby dla Państwa!

Na tem kończę list niniejszy do Pana, Panie Profesorze, będący tylko częściowem nawiązaniem do niektórych ustępów Pańskiej „Odpowiedzi"—na pozostałe, dotyczące innych otrzyma Pan Profesor zapewne również odpowiedź ze strony czynników miarodajnych. Wystąpienie moje usprawiedliwione jest w pełni, atakiem Pańskim na studentów czy absolwentów P. I. D. wzgl. A. S., atakiem, który w treści listu dokładnie scharakteryzowałem, a którym z uwagi na jego zasadność, formę i treść wystawił Pan Profesor pomnik zasadom przez Niego hołdowanym ku Swej chwale po wieczne czasy — pomnik monumentalny w odniesieniu do którego za Horacym powtórzyć by należało:

„Exegi monumentum aere perennius
regalique situ piramidum altius,
quod non imber edax, non Aquilo impotens
possit diruere aut innumerabilis
annorum series et fuga temporum".

Obowiązek obrony godności Uczelni, Jej Czcigodnych Nauczycieli, studentów i absolwentów, do których mam zaszczyt się zaliczać— obowiązek hołdowania zasadom etyki ogólnej i lekarskiej — poczucie obowiązku obywatelskiego — to wszystko nakazało mi do Pana, Panie Profesorze, list niniejszy skreślić — mimo głęboko przezemnie odczutej przykrości, iż za adwersarza w takich sprawach miałem Profesora Uniwersytetu — mimo, iż zdaję sobie doskonale sprawę z tego, kogo sobie w Nim przez to zyskuję! W przyszłe jednak moje życie wnoszę wiarę i nadzieję, że Stwórca, jak dotąd, wysłucha kornej mojej zawsze do Niego wznoszonej prośby: „Panie Boże, chroń mnie od przyjaciół, bo z nieprzyjaciółmi sam sobie dam radę"!

Z poważaniem

(—) Juljan Łączyński
lekarz stomatolog

Warszawa, w lutym 1936 r.

———o———

Zarząd Zrzeszenia Absolwentów Państwowego Instytutu Dentystycznego solidaryzuje się całkowicie z wystąpieniem kol. J. Łączyńskiego przeciwko odpowiedzi prof. Cieszyńskiego na artykuł Akademji Stomatologicznej pod tytułem „Walka o formę, a nie treść w studjach stomatologicznych" i chętnie się pisze pod powyższym listem do p. prof. Cieszyńskiego.

Niezależnie od tego Zarząd nie omieszka dać jeszcze wyraz swemu oburzeniu z powodu bezprzykładnego postępowania prof. Cieszyńskiego.

Uczyni to jednak dopiero po zapoznaniu się ze stanowiskiem, jakie zajmie Akademja Stomatologiczna wobec odpowiedzi prof. Cieszyńskiego.

Za Zarząd:

Sekretarz **J. Krzywicki** — **Prezes** **J. Szajewski**

KOMUNIKATY.

IX. Międzynarodowy Kongres dentystyczny F. D. I. w Wiedniu

(Komunikat Nr. IV).

Kilka miesięcy dzieli nas od czasu (2—8 sierpnia 1936), w którym odbędzie się w Wiedniu IX. Międzynarodowy Zjazd Stomatologów w ramach F. D. I. — W tym zjeździe, który zapowiada się jako wybitne zdarzenie w stomatologicznym świecie naukowym, wezmą udział najwybitniejsze sławy naukowe ze wszystkich krajów świata i zdadzą sprawę z wyników swych dotychczasowych badań. Wszyscy bez wyjątku Koledzy, chociaż nie władają językami Kongresu, będą mogli bez przeszkód słuchać wykładów. Nowoczesne urządzenie umożliwi za naciśnięciem odpowiedniego guzika umocowanego przy danem miejscu, przez słuchawki śledzić wykłady i otrzymać objaśnienia do ilustracji w języku dostępnym dla każdego.

Na tym zjeździe będą brane w rachubę nietylko wiedza, ale życzenia i *potrzeby praktyków* będą w ten sposób zaspakajane, że *w czasie czterech popołudni najwybitniejsi praktycy będą zaznajamiali uczestników na demonstracjach z najnowszemi zdobyczami w dziedzinie koron i mostków, całkowitej i częściowej protezy, techniki ceramicznej i w. in.* I tutaj tłumacze będą ułatwiali porozumienie się między wykładowcą o uczestnikami. Kongres ten dostarczy więc podniety zarówno wiedzy teoretycznej jak i praktycznej w każdej dziedzinie oraz da niejedną sposobność do wymiany myśli z osobistościami z całego świata.

Wspaniała *wystawa naukowa i przemysłowa* urządzona w oddzielnym gmachu według nowoczesnej techniki, umożliwi zapoznanie się z nowemi zdobyczami w tej dziedzinie.

Oprawę dla tego przedsięwzięcia da Wiedeń, *sławna siedziba wiedzy i sztuki.*

W czasie poświęconym zawodowemu wyszkoleniu, specjalna komisja zajmie się krewnymi, (którzy niewątpliwie też przybędą), którym pokaże zabytki miasta godne widzenia, a paniom Wiedeń jako miasto mody i siedzibę znanego w całym świecie przemysłu.

W końcu uczestnicy po ukończeniu pracy będą mieli sposobność oglądnięcia w towarzystwie starych i nowopozyskanych przyjaciół wspaniałych *budowli pamiątkowych Wiednia, miasta najstarszej* kultury europejskiej, dalej kościołów, muzeów, galeryj obrazów, pałaców cesarskich i starych zamków. Wspaniałe okolice Wiednia dają możność, jak żadne inne miasta Europy, autem w kilku minutach znaleść odpoczynek i odświeżenie w pięknych lasach i terenach górskich.

Stomatologowie Wiednia dołożą wszelkich możliwych starań, aby uczestnikom i ich krewnym tak uprzyjemnić pobyt, że udział w IX. Międzynarodowym Zjeździe Stomatologów w Wiedniu w sierpniu 1936 r. pozostanie dla wszystkich pięknem i niezatartem wspomnieniem.

Komisja Prasowa Kongresu 1936 r.

(Komunikat Nr. V).

Komitet przygotowujący Kongres w Wiedniu jest niestrudzenie zajęty pracami przygotowawczemi, któreby, o ile możności, zapewniły sukces tegoż. Gdyby teraz już można wyrazić jakieś przypuszczenie, można śmiało powiedzieć, że jest nadzieja zaliczenia wiedeńskiego kongresu do najświetniejszych organizowanych przez F. D. I.

Warunki ku temu zależne od samego Wiednia są dane, względnie zostały ustalone. W dotychczasowych sprawozdaniach Komitetu, wskazano na różne inowacje mające za zadanie, zmniejszenia do minimum niedociągnięć wypływających i do pewnego stopnia nieuniknionych dla tegoż rodzaju przedsięwzięcia. Wymienić choćby należy *nowoczesną organizację referatów, demonstracyj, jako też możność wysłuchania referatów w ojczystym języku słuchającego.*

Bezpośredni cel Kongresu t. j. *przedstawienie wszelkich postępów z dziedziny stomatologicznej,* ujętych w całość, oraz piękno Wiednia i pozostały program zapewniają uczestnikom sowite opłacenie się poniesionych kosztów. Należy się zatem spodziewać, że udział, zwłaszcza ze strony zagranicznych Kolegów, będzie bardzo liczny. Zapowiedzi przyjazdu ze strony związków różnych państw wpłynęły już bardzo obficie.

Do dotychczasowych doniesień prasy należy dodać, że Kongres F. D. I. wzbudza jeszcze większe zainteresowanie, ponieważ *poraz pierwszy poruszy się w referatach i dyskusji zagadnienia społeczne* i jest nadzieja ostatecznego wyjaśnienia i *ustalenia ustosunkowania się F. D. I.,* (a więc znacznej części lekarzy-dentystów świata) do najważniejszych zagadnień polityki stanu lekarsko - dentystycznego, jak

wyszkolenia lekarzy-dentystów, techników dentystycznych i ubezpieczeń społecznych.

Nie ulega wątpliwości, że zagadnienie powyższe jak i natury naukowej, we wszystkich krajach są kwestjami życia i dlatego winne być rozpatrywane przez najliczniejszy zjazd związków stomatologów, podobnie jak to się dzieje w coraz większej mierze na międzynarodowych zjazdach innych gałęzi wiedzy lekarskiej.

Należy uważać za wybitną zasługę austrjackiej delegacji do F. D. I. przyjęcie powyższych problemów do kompletu zadań F. D. I. Austrjaccy stomatologowie przypuszczają, że przez to F. D. I. zyska ogromnie na znaczeniu dla zrzeszonych w niej międzynarodowych związków.

Wszyscy zatem Koledzy, którzy temi sprawami interesują się, (a któż w dzisiejszych czasach tem się nie zajmuje), będą mieli sposobność oświadczenia się także i w tej dziedzinie.

Z tych powodów przybądźcie licznie do Wiednia, do pięknej stolicy naddunajskiej!

Austrjacki Związek zaprasza wszystkich zagranicznych Kolegów w gościnę. Przybądźcie licznie, a będziecie się dobrze czuli w Wiedniu i Austrji i zachowacie trwałe wspomnienia ze Zjazdu, przywożąc ze sobą do domu najnowsze zdobycze wiedzy.

Komisja Prasowa Kongresu 1936 r.

(Komunikat Nr. VI).

Zgłoszenia uczestnictwa.

Według artykułu 6. statutu Kongresu 1936 r. [1]) ci czynni członkowie, którzy przed 1.IV zgłoszą swój udział i złożą wkładki, otrzymają jeszcze p r z e d o d j a z d e m tom streszczeń i komunikatów. Aby jednak ustalić nakład, uprasza się o bezzwłoczne zgłoszenie się do P. K. N. — F. D. I. Odpowiednie wkładki przekazywać należy na konto Nr. 81.352 Neue Wiener Sparkasse, Wien I. Wipplingerstr. 28. Zgłoszenia, które wpłyną do Prezydjum P. K. N. — F. D .I. zostaną po załatwieniu potrzebnych formalności przesłane natychmiast do Centr. Komit. w Wiedniu.

Demonstracje.

Warunki tychże ogłoszone w artykule 13. statutu kongresu zob. „Polska Stomatologja", str. 209 r. 1935.

Pobyt studentów.

Dla studentów mających zamiar wziąć udział w Kongresie przygotowano dom akademicki na 200 osób. Cena za nocleg i śniadanie 1.50—2 Szyl. Porozumienie w obrębie domu ułatwią w razie potrzeby

---

[1]) Statut w języku polskim drukowany jest w Pol. Stom. 1935, str. 209.

tłumacze. Ze względu na małą ilość miejsc należy przesłać jaknajśpieszniej zgłoszenie zaopinjowane przez jednego z Profesorów uczelni na ręce P. K. N. F. D. I.

Wyjazd do Wiednia.

Komitet Organizacyjny w Wiedniu uprosił austrjackie Biuro Podróży o zaopiekowanie się gośćmi zagranicznymi i uprzyjemnienie im pobytu. Ułatwieniem wyjazdu z Polski zajmie się Biuro Podróży Orbis, z którym Polski Komitet Organizacyjny Kongresu nawiązał już kontakt. Koszty przejazdu od granicy polskiej (Zebrzydowice) do Wiednia i z powrotem w odpowiedniej klasie pociągu pośpiesznego, paszport bezpłatny, oraz mieszkanie z pierwszem śniadaniem w hotelu I, II, III kategorji w Wiedniu są podane w komunikacie Nr. VII.

(Komunikat Nr. VII).

Wspólny tani przejazd na Kongres do Wiednia.

Polski Komitet Narodowy Międzynarodowego Związku Dentystycznego podaje do wiadomości zainteresowanych Związków i osób, że powierzył Polskiemu Biuru Podróży „Orbis“ organizację wyjazdu stomatologów i lekarzy dentystów na IX Międzynarodowy Kongres Dentystyczny w Wiedniu w czasie od 31.VII do 9.VIII b. r.

Ustalono następujące warunki uczestnictwa:

Kategorja I:

Paszport z wizami, przejazd od granicy polskiej p. Zebrzydowicami do Wiednia i spowrotem kl. II oraz z mieszkaniem i I śniadaniem w pierwszorzędnym hotelu w Wiedniu od 1.VIII rano do 9.VIII wieczór:

(pokoje 1 i 2 osobowe) .... zł. 230.—
To samo lecz z przejazdem kl. III .... „ 205.—

Kategorja II:

Świadczenia jak wyżej lecz w hotelu kat. średniej
przy przejeździe kl. II .... „ 210.—
Ditto kl. III .... „ 190.—

Kategorja III:

Świadczenia jak wyżej lecz w hotelu skromnym przy
przejeździe kl. II .... „ 175.—
Ditto kl. III .... „ 155.—

Kategorja IV:

Wpis na paszport zbiorowy i prezjazd kl. II .... „ 125.—
Wpis na paszport zbiorowy i przejazd kl. III .... „ 95.—

Uczestnicy kursów przedkongresowych dopłacają
na pobyt od 29 wieczór w kat. I zł. 35.—
kat. II „ 31.—
kat. III „ 20.—
Powyższe ceny rozumieją się przy udziale nie mniej jak 50 osób.

Poza powyższemi świadczeniami, zwiedzanie miasta i zabytków dowolnie na specjalne życzenie: przechadzka po mieście ze zwiedzaniem grobów cesarskich, skarbca i kościoła św. Stefana z przewodnikiem — 3 zł. od osoby, (dnia 3.VIII. godz. 9 rano); objazd miasta autokarem tegoż dnia godz. 14.30 zł. 6 od osoby. Pokaz mód (dla pań towarzyszących członkom kongresu) dnia 4.VIII, godz. 15.30, zł. 2 od osoby; oprowadzenie po galerji obrazów dnia 5.VIII, godz. 3.30—2 zł. od osoby; zwiedzenie fabryki porcelany (autokarami) dnia 6.VIII. godz. 9, zł. 4 od osoby; wycieczka autokarem do Zamków Kreuzenstein dnia 6.VIII. godz. 14.30, zł. 7 od osoby; zwiedzenie Wyższej Szkoły Jazdy Konnej dnia 7.VIII. godz. 10.30, zł. 3, 4 i 5 od osoby. Całodzienna wycieczka na Rax autokarem i koleją linową wraz z śniadaniem dnia 8.VIII, godz. 8 rano zł. 35.— od osoby.

O ile wspólny wyjazd i uzyskanie bezpłatnych paszportów mają być urzeczywistnione, zgłoszenia winny nastąpić bezzwłocznie, pod adresem Polskiego Komitetu Narodowego FDI Lwów, Zielona 5a, za równoczesnem nadesłaniem formularza zgłoszeń udziału w Kongresie; (formularz zgłoszeń wysyła PKN - FDI na życzenie). Prezydjum PKN - FDI musi bowiem wydać opinję co do uprawnienia w udziale w kongresie organizatorom kongresu w Wiedniu jak i władzom ministerjalnym, udzielającym zezwolenia na wyjazd i ulgi paszportowe na podstawie nominalnego wykazu osób, uprawnionych do udziału w Kongresie. Ulgi wyjazdowe dotyczą również osób, t. j. członków rodziny, towarzyszących rzeczywistym członkom Zjazdu, oraz studentom, korzystającym ze specjalnych ulg uczestnictwa.

(Komunikat Nr. VIII).

Prezydjum PKN - FDI utworzyło komitety propagandy Kongresu wiedeńskiego w Warszawie:

dla Związku Lekarzy-dentystów w P. P. i jego filji — kol. Sachs; dla wszystkich innych Towarzystw na terenie Warszawy — kol. Stokowski; dla asystentów, studentów i absolwentów Akademji Stomatologicznej — kol. kol. Zeńczak i Szepelski.

W innych województwach — dla Poznańskiego i Śląskiego: kol. Neyman, Poznań, Fredry 7.

Dla Towarzystwa Wileńskiego i kolegów z kresów wschodnich: kol. Wolański, Wilno, Wileńska 26.

Dla Tow. stomatologicznego Krakowskiego: kol. Drozdowski.

Dla lekarzy Kasy Chorych w Pabjanicach: prezes tegoż Towarzystwa.

U wyżej wymienionych kolegów otrzymać można oficjalne formularze zgłoszeń oraz komunikaty odnoszące się do Kongresu wiedeńskiego.

Koledzy ci upoważnieni są także konkomitowania podpisem swoim zgłoszeń uczestników i przedkładają je do prezydjum PKN - FDI.

———o———

(Komunikat Nr. I).

Zarząd Zrzeszenia Absolwentów Państw. Inst. Dent. zawiadamia W. P. Kol., że przy zarządzie istnieje Biuro pośrednictwa pracy, które poleca wykwalifikowanych kandydatów na posady i zastępstwa. Uprzejmie prosimy w razie zapotrzebowania zwracać się do **Biura pośrednictwa pracy ul. Hoża 27, m. 13, tel. 8-47-60, od g. 18—20.**

Kierownik Biura **H. Zaczyńska.**

———o———

PYTANIA I ODPOWIEDZI.

Pytanie Nr. 1. Zgłasza się do mnie pacjentka z tem, że każde podrażnienie mechaniczne (np. poruszenie lusterkiem przy badaniu zębów, albo zakładanie ligniny przy plombowaniu) i chemiczne np. jedzenie jabłka wywołuje u niej silne pieczenie (nie swędzenie) w okolicy ujścia ślinianek przyustnych (glandula parotis). Takie pieczenie powstaje też u niej dosyć często w okolicy samej przyusznicy i stawu żuchwowego połączone z lekkim szczękościskiem. Pacjentka, która jest z zawodu lekarką, dokładnie zdaje sobie sprawę z przebiegu i umiejscowienia i szczegółowo to określa. — Przy badaniu widać tylko silne powiększenie ujścia ślinianek przyusznych, które zawsze daje się przez nią zauważyć podczas powstania dolegliwości. Jama ustna jest utrzymywana hygjenicznie, oprócz plomb amalgamatowych i krzemowych, jakoteż koron złotych, niema żadnych nieszlachetnych metali w ustach, ani też korzeni. Pozatem pacjentka jest ogólnie zdrowa, badanie wewnętrzne wykazuje tylko nadkwasotę żołądka.

Jakie w tym wypadku zastosować leczenie?

I. - da. Złoczów.

———o———

Z PRZEMYSŁU DENTYSTYCZNEGO.

„O D E M I N“.

Ostatnio ukazała się w sprzedaży pasta w tubach „Odemin“, służąca do wypełnień prowizorycznych. Pasta ta twardnieje szybko i jest odporna na ucisk i ślinę.

———o———

Spowodu strajku drukarskiego, numer pierwszy wychodzi z opóźnieniem razem z numerem drugim.

POLSKA DRUKARNIA NAKŁADOWA, sp. z ogr. odp., Senatorska 17. Tel. 251.58